Rok L. Kraków, dnia 18. marca 1911. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki [1]).

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

»Hoffentlich kommt die Zeit und ist nicht fern, in der es möglich sein wird eine solche klinische Darstellung der Pankreaskrankheiten zu bringen, wie sie ein so lebenswichtiges Organ verdient«. Prof. Oser: Die Erkrankungen des Pankreas, str. VII. przedmowy.

I.

Wśród zagadnień, które nie schodzą w ostatnim czasie ze szpalt czasopism lekarskich, jedno z poważniejszych miejsc zajmuje dyagnostyka i wogóle patologia trzustki. Ogólne zainteresowanie tą sprawą zachęca mnie do krytycznej oceny tych sposobów badania i tych oznak, którym nadają znaczenie znamienne i nawet nieomal rozstrzygające w rozpoznawaniu schorzeń tego narządu. Do tej oceny zabieram się tem chętniej, że oprzeć ją mam nietylko na danych piśmienniczych, lecz i na własnych spostrzeżeniach i badaniach.

Schorzenia trzustki mogą, jak wiadomo, przebiegać już to ze znacznem obrzmieniem tego narządu, które wykrywa się przez obmacanie, już to bez widzialnego i macalnego powiększenia jego objętości. Dla schorzeń pierwszego rodzaju niezależnie od jego cech (zapalenie, nowotwory, torbiele i t. d.), jest znamienne zjawienie się obrzmienia, a w początkowych okresach choroby zjawienie się zwiększonego oporu w okolicy nadbrzusznej, odpowiednio do usadowienia trzustki. Badanie siedziby i właściwości obrzmienia może dać nam bardzo cenne dane dla rozpoznania schorzenia trzustki, nieraz o wiele cenniejsze, niż opracowywana z takim zapałem w ostatnim czasie czynnościowa dyagnostyka tego narządu. Z tego punktu widzenia należy ubolewać, że fizyczne badanie trzustki przy pomocy przeważnie macania i opukiwania jest w ostatnim czasie poniekąd w zaniedbaniu wobec wysunięcia na pierwszy plan metod badania czynnościowego.

Ponieważ zwykłe metody fizycznego badania trzustki mają w dyagnostyce wielkie znaczenie, zatrzymam się na nich nieco szczegółowiej.

Wyżej już nadmieniłem, że schorzenia trzustki przebiegać mogą wśród objawów dostępnego macaniu obrzmienia. W tych razach znajdujemy obrzmienie w okolicy nadbrzusznej, mianowicie najpierw odpowiednio położeniu głowy trzustki, jako tej części tego narządu, która najczęściej ulega zmianie; stąd obrzmienie idzie poprzecznie w kierunku do lewego podżebrza. Usadowienie więc obrzmienia trzustki oznacza się rzutem głowy trzustki na przedniej ścianie brzusznej. Chauffard i Rivet [1]) umieszczają, jak wiadomo, ten odcinek trzustki w t. zw. »zona pancreatico-choledochica«, Desjardins [2]) w swoim »point pancréatique«. Pasmo Chauffarda i Riveta znajduje się między linią środkową brzucha a linią przepoławiającą (bisektrysą) prostego kąta, utworzonego przez tęż linię i prostopadle do niej przeprowadzoną linię pępkową; wzdłuż bisektrysy pas ten nie sięga wyżej nad 5 ctm., ku dołowi zaś nie dochodzi do pępka. Desjardinsa rzut głowy trzustki na przednią ścianę brzucha odpowiada punktowi, leżącemu na odległości 5 lub 6 lub 7 ctm. od pępka na linii, łączącej pępek z najwyższym punktem prawego dołu pachowego przy opuszczonej wzdłuż ciała prawej kończynie górnej.

Obydwa te rzuty głowy trzustki na przedniej ścianie brzucha są, jak wykazują mi moje badania kontrolujące, dość ścisłe. Niestety możemy korzystać z nich dla oznaczenia stosunku obrzmienia do trzustki nie zawsze. Istotnie tak »zona pancreatico-choledochica«, jak »point pancréatique« mają za punkt wyjścia pępek, ten zaś nie jest stałym punktem na powierzchni brzucha. Zwłaszcza nieprawidłowo leży pępek u osób wychudzonych, które przedtem były dobrze odżywione, u wieloródek, u osób z t. zw. »habitus enteroptoticus« i t. d. W razie znacznego otłuszczenia powłok brzusznych również obniża się nieraz, jak przekonałem się, ścisłość wspomnianych wyżej punktów rzutowych.

Wobec tego postawiłem sobie za zadanie określić na przedniej ścianie brzusznej rzut trzustki, któryby był zależny od więcej stałych punktów. Badania te przeprowadziłem przez wkłuwanie długich igieł. Okazało się, że, jeśli przeprowadzimy dwie linie, każdą od barkowego końca obojczyka do środka linii, leżącej po stronie przeciwległej i łączącej górny przedni kolec biodrowy ze spojeniem łonowem, to te linie przecinają się ściśle odpowiednio do położenia ciała trzustki, a górna połowa prawego tępego kąta, utworzonego przez te linie, odpowiada położeniu głowy trzustki. Muszę jednak zastrzedz się, że niezawsze obrzmie-

[1]) W streszczeniu podano w »Sekcyi lekarskiej Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« 21 grudnia 1910 r. (3 stycznia 1911 r.) i tegoż dnia na drugim Zjeździe internistów rosyjskich w Petersburgu, jako wykład na temat programowy Zjazdu.

nie, które wyczuwamy odpowiednio do zaznaczonych punktów rzutowych, przedstawia bezwarunkowo chorobowo zmienioną trzustkę. I tak w dwóch przypadkach, mianowicie u osób wychudzonych z nader wiotkiemi powłokami brzusznemi i z opadnięciem żołądka, wyczułem w wyżej opisanej okolicy gładkie, niebolesne, w jednym przypadku ruchome, w drugim nieruchome ciało, które na sekcyi okazało się niezmienioną — przynajmniej przy oglądaniu gołem okiem — głową trzustki. Badanie takie, rzecz prosta, powinno być poprzedzone przez dokładne oczyszczenie przewodu pokarmowego i w razie potrzeby przeprowadzane na chorym, znajdującym się w ciepłej kąpieli. Że głowa trzustki, nie przedstawiająca zmian, czasami wbrew poglądowi Osera jest wyczuwalna, mianowicie u osób chudych z wiotkiemi powłokami brzusznemi, o tem wspomina również Leube[3]). W niektórych przypadkach (Seidel[4]) przy schorzeniu trzustki wyczuwa się nie jedno obrzmienie, lecz dwa odosobnione, odpowiadające głowie i ogonowej części trzustki, rozdzielone pasem wyraźniejszego odgłosu bębenkowego, zależnie od większego przykrycia środkowej części obrzmienia przez żołądek.

Obecność w okolicy nadbrzusznej obrzmienia, odpowiadającego wskazanym wyżej punktom rzutowym, nie daje nam jednak jeszcze prawa bez dalszych badań uważać je za przynależne do trzustki. Rozpoznanie schorzeń tego narządu staje się pewniejsze przy zbadaniu właściwości obrzmienia i objawów ucisku na narządy sąsiednie, wreszcie znajduje nieraz oparcie w danych, wskazujących na stan czynnościowy trzustki.

Co się tyczy właściwości obrzmień trzustki, to ani kształty, ani właściwości granic obrzmienia, ani wreszcie głębokość usadowienia jego nie mają poważniejszego znaczenia dla rozpoznania. Donioślejsze stosunkowo znaczenie mają z tych właściwości granice obrzmienia. Istotnie, gdy nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, z którymi obrzmienia trzustki najłatwiej mogą być pomieszane, mają w przeważnej liczbie przypadków granice, zaznaczone wyraźnie ze wszystkich stron, to obrzmienia trzustki mogą być oznaczone jeszcze mniej więcej wyraźnie od góry i od dołu, boczne zaś ich granice, zwłaszcza lewa, w przeważnej większości przypadków zarysowują się niedokładnie i niewyraźnie.

Bez porównania o wiele donioślejsze dane dla rozpoznania otrzymujemy przez wyjaśnienie stopnia ruchomości wyczuwalnego obrzmienia i jego stosunku do narządów sąsiednich. Dla obrzmień trzustki cechującym jest brak ruchomości od góry w kierunku ku dołowi przy ruchach oddechowych, zarówno jak nieprzesuwalność przy ucisku macającą ręką i przy zmianie położenia ciała. Te oznaki jednak nie są bezwzględne. I tak Stein, Klemperer, Witzel[5]) Israël[6]), Körte[7]) i inni podali przypadki nawet czasami nadzwyczaj wielkiej przesuwalności nowotworów trzustki u osób bez żadnych objawów opadnięcia trzew brzusznych, zależnie w jednych przypadkach od aktu oddechowego, w drugich od ucisku ręką macającą, w innych wreszcie od zmiany ułożenia ciała. Osobiście miałem sposobność spostrzegać u pewnej kobiety z wyraźnem opadnięciem trzew brzusznych macalną za życia trzustkę, która odznaczała się tak znaczną ruchomością zależnie od trzech przed chwilą przytoczonych czynników, że śmiało mogłem nazwać ją trzustką ruchomą, »pancreas mobilis«. Z drugiej znów strony palpacyjna i oddechowa nieruchomość obrzmienia, usadowionego w okolicy rzutu trzustki, nie dowodzi jeszcze sama przez się stanowczo, że to obrzmienie należy do trzustki. Istotnie nieruchomością przy macaniu odznaczają się również z nowotworów narządów sąsiednich nowotwory zstępującej i dolnej poziomej części dwunastnicy; również nieruchome stają się często nawet zwykle ruchome nowotwory okrężnicy poprzecznej, mianowicie wtenczas, gdy, jak to często się zdarza, nowotwór taki zrasta się z jakimkolwiek nieruchomym narządem jamy brzusznej. Co się tyczy nieruchomości oddechowej, to z nowotworów narządów sąsiednich cechuje ona również nowotwory dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, nieraz zaś i odźwiernika; nowotwory okrężnicy poprzecznej przesuwają się przy wdechach głębokich tylko wtenczas, gdy są zrośnięte z jakimkolwiekbądź narządem ruchomym przy ruchach oddechowych.

Jeszcze więcej, niż ruchomość, znamienny jest dla obrzmień trzustki stosunek obrzmienia do narządów sąsiednich, jest on bowiem wręcz przeciwny temu, co cechuje nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, od których najczęściej musimy rozróżniać nowotwory i obrzmienia trzustki. Istotnie, wszelkie obrzmienia trzustki na początku swojego rozwoju leżą poza żołądkiem, mają więc przed sobą część przewodu pokarmowego. Przeciwnie nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej nie mają przed sobą przewodu pokarmowego, jeśli, rozumie się, jak to zresztą zwykle bywa, nowotwór nie ogranicza się do tylnej i bocznych ścian tych narządów, lecz zajmuje i przednią ścianę. Wobec tego nowotwory odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, jeśli je uchwycimy z boków palcami, dają przy opukiwaniu odgłos przytłumiony lub przytłumiono-bębenkowy, obrzmienia zaś trzustki w początku swego powstania dają odgłos bębenkowy. Rzecz prosta, że przy tem badaniu powinniśmy opukiwać o tyle słabo, żeby przednia ściana żołądka możliwie mniej zbliżyła się do trzustki. Ta znamienna właściwość obrzmień trzustki, że dają przy opukiwaniu odgłos bębenkowy, w zależności od tego, iż przed trzustką leży część przewodu pokarmowego, nie znika nawet wtedy, jeśli obrzmienia trzustki dochodzą do znacznych rozmiarów. Istotnie w miarę zwiększania się nowotwór trzustki toruje sobie drogę w jednym z trzech kierunków: 1) najrzadziej rośnie wprost ku przodowi, odsuwając więzadło wątrobowożołądkowe, i przedostaje się między dolny brzeg wątroby i małą krzywiznę żołądka; 2) stosunkowo częściej toruje sobie drogę między żołądkiem i okrężnicą poprzeczną, odsuwając żołądek ku górze, a okrężnicę ku dołowi; 3) może usadawiać się bezpośrednio pod okrężnicą poprzeczną, która przykrywa w tych przypadkach górną część obrzmienia. We wszystkich tych przypadkach, jakkolwiek nad częścią obrzmienia przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos tępy, odgłos bębenkowy wszakże nie znika, mianowicie otrzymujemy go w pierwszej kategoryi przypadków nad większą dolną częścią obrzmienia, skrytą poza żołądkiem, w drugiej odpowiednio do najwyżej i najniżej położonych odcinków nowotworu, w razie zaś bardzo wielkich rozmiarów guza (np. torbiele) wzdłuż jego obwodu, wreszcie, jeżeli obrzmienie ma siedzibę trzeciego rodzaju, odgłos bębenkowy otrzymujemy nad górną jego częścią,

mianowicie nad tym jego odcinkiem, który jest przykryty okrężnicą poprzeczną. Jakkolwiek takie przodowanie części przewodu pokarmowego jest dla obrzmień trzustki w wysokim stopniu znamienne, to jednak objaw ten, podobnie jak nieruchomość, sam przez się nie może być uważany za bezwzględny wskaźnik schorzenia trzustki, ten sam bowiem objaw jest właściwy również dla nowotworów nerek, gruczołów zaotrzewnych i krezki jelit cienkich.

W przeciwieństwie do nowotworów odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, które wyczuwa się jednakowo wyraźnie przy rozdymaniu żołądka, jak również jelita grubego, obrzmienia trzustki wyczuwa się przy tych zabiegach mniej wyraźnie, a mogą one nawet stać się niewyczuwalne. Lecz i ta ich właściwość sama przez się nie jest rozstrzygającą w rozpoznaniu, ponieważ tą samą cechą odznaczają się również nowotwory niektórych narządów sąsiednich.

Ze wszystkiego, co wyżej powiedziałem, wynika, że nawet w tych przypadkach, gdy schorzenie trzustki przejawia się wyczuwalnem obrzmieniem, bez różnicy, czy to obrzmienie zależy od nowotworu, czy od sprawy zapalnej, nie mamy w istocie żadnej oznaki, któraby sama przez się rozstrzygała zupełnie stanowczo, czy obrzmienie należy do trzustki. Każda z przytoczonych wyżej oznak ma sama przez się tylko względne znaczenie, wobec czego jedynie ich połączenie pozwala rozpoznawać schorzenia trzustki, przebiegające z obrzmieniem tego narządu. Jeśli z tego punktu widzenia rozpatrywać i oceniać fizyczną dyagnostykę schorzeń trzustki, to ta dyagnostyka ze względu na stopień opracowania i znaczenia w rozpoznawaniu powinna bezwarunkowo zająć wśród innych sposobów badania trzustki jedno z poważniejszych miejsc.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Leczenie błonicy surowicą swoistą [1]).

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

W roku ubiegłym, 1910, leczyłem 40 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą; wśród nich było: 1) Angina diphtheritica — przypadków 28; 2) Laryngitis — 14 i 3) Angina c. laryngitide — 8, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 22, t. j. 55% ogólnej liczby. Wśród nich jeden śmiertelny, co stanowi 4·5% śmiertelności, a zatem 2·5% liczby ogólnej przypadków. Ten niebywale nizki odsetek śmiertelności był przedewszystkiem wynikiem łagodności przypadków wogóle, zjawiających się raczej sporadycznie w osadzie i w miejscowościach bliższych i dalszych w okolicy, a nie epidemicznie. Cechą charakterystyczną roku ubiegłego był brak wszelkich epidemii wogóle, np. ospy, odry, płonicy, krztuśca nie spostrzegałem ani jednego przypadku, co jest niebywałym wyjątkiem w naszych warunkach.

Zestawiając dane liczbowe w porównaniu z dawniej otrzymanemi, widzimy co do przypadków, leczonych surowicą:

Rok	Ogólna ilość przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Dtto w %	Ilość przypadków krtaniowych	Dtto w %	Śmiertelność ich w %
1910	40	1	2·5	22	55	4·5
1895—1909	703	46	6 5	381	54	12
1895—1910	743	47	6·3	403	54	11·6

Spostrzegane przypadki grupowały się jak następuje:

I. Co do płci: Chłopców 21; dziewcząt 19.

II. Co do wieku chorych:

0—1 roku	— 4 przypadki	6—7 lat	— 3 przypadki
1—2 lat	— 11 przypadków	7—8 »	— 1 przypadek
2—3 »	— 11 »	10—11 »	— 1 »
3—4 »	— 2 przypadki	11—12 »	— 1 »
4—5 »	— 5 przypadków		
5—6 »	— 1 przypadek		

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta.

A) Wszystkie przypadki wogóle.	B) Przypadki krtaniowe.
1 — 5	1 — 1
2 — 18	2 — 10
3 — 13	3 — 7
4 — 3	4 — 3
5 — 1	5 — 1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle.	B) Przypadki krtaniowe.
1000 J. ochr. — 8	1000 J. ochr. — 1
2000 » — 29	2000 » — 18
3000 » — 2	3000 » — 2
4000 » — 1	4000 » — 1

V. Co do wielokrotności dawek: Jednorazowo — 38. Dwukrotnie — 2.

VI. Co do przypadku śmiertelnego, to dotyczył on dziewczyny 6-letniej, chorej już od dni pięciu z objawami ciężkiego zapalenia gardła, powikłanego objawami krtaniowymi od samego początku choroby. Rodzice dziecka, zamieszkali w odległości 10 wiorst od osady, widząc na piąty dzień choroby stan bardzo groźny, przywieźli je do mnie, błagając, aby je ratować. Na wyraźne żądanie rodziców wstrzyknąłem 2000 jednostek surowicy przy słabym odczynie podczas wstrzyknięcia, raczej odruchowym, oraz przy źrenicach rozszerzonych do maximum. Jednocześnie podskórnie zastosowałem olejek kamforowy. Śmierć nastąpiła nazajutrz, po upływie 30 godzin od wstrzyknięcia.

VII. Co do wysypek posurowiczych, to spostrzegałem je w 17 przypadkach, co, po odtrąceniu przypadku śmiertelnego, stanowi 43%; przytem w 8 przypadkach z zastosowaniem surowicy w ilości 1000 jedn. ochr. wysypki nie spostrzegałem wcale; z pozostałych 31 przypadków zatem wysypka była w 17, co stanowi 55%. Najwcześniej wystąpiła ona w trzecim dniu po wstrzyknięciu, najpóźniej w dniu 15, najczęściej zaś około ósmego dnia po wstrzyknięciu. Trwała różnie, od jednego do czterech dni, najczęściej ustępowała bez śladu w ciągu dwóch dni. Co do charakteru, to w 10 przypadkach (59%) była pokrzywka (urticaria), w 4 przypadkach (23%) rumień (rash), a w 3 pozostałych (18%) wysypka była wielopostaciową — mieszaną.

VIII. Wstrzykiwania powtórne: Powtórnie wstrzykiwałem surowicę przeciwbłoniczą w roku ubiegłym w trzech przypadkach, a mianowicie. 1) W., chłopiec lat 10, z powodu objawów krtaniowych, trwających dobę, bez zmian

---

[1]) Dalszy przyczynek; patrz »Przegl. lek. 1910, Nr 35.

zapalnych w gardle, otrzymał 2000 jedn. ochr. w jednej dawce ze skutkiem znakomitym w ciągu 48 godzin bez następczych objawów posurowiczych wysypkowych. Temu samemu chłopcu w r. 1902, liczącemu wówczas dwa lata, wstrzyknąłem był z powodu objawów początkowych krtaniowych 2000 jedn. ochr. surowicy Palmirskiego ze skutkiem doskonałym, przy objawach pokrzywki następczej, która zjawiła się ósmego dnia i w ciągu półtorej doby wędrowała po różnych miejscach skóry, poczem znikła bez śladu.

2) K., dziewczyna lat $2^1/_2$, z powodu objawów krtaniowych (bez zajęcia gardła), trwających półtorej doby, otrzymała 2000 jedn. ochr. w jednej dawce ze skutkiem doskonałym i przy następczej pokrzywce w ciągu dnia ósmego po wstrzyknięciu.

Tej samej dziewczynce w r. 1909, liczącej $1^1/_2$ roku, wstrzyknął z powodu ciężkich zmian krtaniowych w połączeniu z błonicą gardła jeden z kolegów sąsiadów surowicę przeciwbłoniczą w ilości 4000 jedn. ochr. w dwóch dawkach po 2000 j. ochr. na 4. i 6. dzień choroby, z następczą wysypką mieszaną wielopostaciową, która wystąpiła na 7. dzień po wstrzyknięciu, trwając z przerwami przez cztery dni.

3) Ł., chłopiec lat $4^3/_4$, z powodu objawów błonicy gardła, trwającej już 3 dni, objawów krupu krtani, trwających niecałą dobę, otrzymał 2000 j. ochr. z dobrym i szybkim skutkiem bez następczych objawów wysypki posurowiczej.

Ten sam chłopiec w roku 1909, licząc $3^1/_2$ lat, dostał z powodu objawów krtaniowych, trwających 2 dni, 2000 j. ochr. i w 8 dni później powtórnie 2000 j. ochr. z powodu nawrotu i pogorszenia się już przycichających objawów krupowych. Wysypka w postaci mieszanej zjawiła się wówczas dziesiątego dnia po pierwszem wstrzyknięciu i trwała przez trzy doby.

O znaczeniu leczniczem niedotlenionych związków fosforu w przebiegu gruźlicy

przez

Dra A. Brylińskiego

(Berszada, gub. Podolska).

»Wraczebna Gazeta« podała w Nr. 8 z r. 1909 tymczasowe doniesienie lekarza z gubernii Podolskiej Dra Metodego Romanowskiego, w którem zwraca on uwagę na wartość leczniczą podskórnego stosowania »niedotlenionych związków fosforowych«, w chorobach gruzełkowych — mianowicie w gruźlicy i kile.

Ponieważ miałem sposobność przypatrzeć się działaniu omawianych związków fosforowych przy gruźlicy wszelkiego rodzaju i w różnych okresach, jak również i w rozmaitych okresach przymiotu (począwszy od różyczki do wiądu rdzenia i ślepoty), postanowiłem rzecz tę przedstawić nieco obszerniej, oddając ją pod światły sąd i rozwagę Szanownych Kolegów. Zastrzegam się z góry, iż przedstawię tylko kliniczną stronę tego leczenia. Autorowi zaś wynalazku pozostawiam szczegółowsze wyjaśnienie wszystkich procesów mikrochemicznych, jakie zachodzą i tworzą się w ustroju po zastosowaniu wyżej wymienionego leku.

Romanowski skorzystał z właściwości niedotlenionych związków fosforu, na które dotąd w medycynie mało zwracano uwagi. Zestawiwszy je w rozczynie wodnym pewnej koncentracyi kwasów, nazwał Romanowski środek ten fosfacidem.

Główną, zasadniczą składową częścią fosfacidu Romanowskiego, na której wyłącznie jest osnuta lecznicza działalność tego środka, są niedotlenione związki fosforowe absolutnie chemicznie czyste. Są to różne kategorye połączeń chemicznych fosforu z tlenem. Przedstawiają się one w chemii jako kwasy fosforowe różnych koncentracyi. Powołując się na »Wraczebną Gazetę« Nr 8 z r. 1909, widzimy, że te kwasy fosforowe są następujące:

1) Kwas fosforowy H^3PO^4. Jest to chemicznie zakończone połączenie fosforu z tlenem, wyżej którego utlenienie nie następuje.

2) Kwas fosforawy H^3PO^3.

3) Kwas podfosforawy H^3PO^2.

4) Kwas hypotetyczny H^3PO, czyli przedstawiając tę formułę inaczej: $PH^2(OH)$. (Znane są tylko związki organiczne, powstałe z tego kwasu).

Te trzy ostatnie kwasy 2), 3), 4), są to połączenia fosforu z tlenem, chemicznie niedokompletowane: brakuje im do tego chemicznego zakończenia pewnej ilości tlenu.

Wszystkie te niedotlenione związki fosforowe mają tę wspólną cechę chemiczną, że dążą do zupełnego utlenienia się, t. j. do przejścia w kwas fosforowy. Będąc zaś kwasami słabej koncentracyi, nie wytwarzają one żadnych zmian miejscowych przy stosowaniu podskórnem.

Wszystkie wyżej wymienione kwasy fosforowe powstają przez utlenienie fosforowodoru H^3P. Pamiętać jednak należy, że fosforowodór prócz tego rodzaju zmian z tlenem, podlega jeszcze innym chemicznym kombinacyom. W nim bowiem atom wodoru może być zamieniony na różne węglowodory. Tworzą się w ten sposób fosfiny wszelkiego typu. Jeżeli więc jeden, dwa lub wszystkie trzy atomy wodoru w H^3P, zamienimy na odpowiednią ilość węglowodorów (CH^3), to otrzymamy następujące formuły fosfinów:

$PH^2(CH^3)$ = połączenie metyl-fosfinowe
$PH(CH^3)^2$ = » dimetyl-fosfinowe
$P(CH^3)^3$ = » trimetyl-fosfinowe.

Wszystkie te fosfiny przez stopniowe utlenianie się przechodzą w kwasy fosfinowe.

Przy stosowaniu fosfacidu należy, oprócz innych objawów, zwracać szczególną uwagę na obraz krwi.

W odsetkowym podziale wszelkich leukocytów (białych ciałek krwi) w ustroju gruźliczym daje się zauważyć pewien typ specyalny. Grupują się tam w określony mniej więcej liczbowy stosunek neutrofile i limfocyty. Według tej odsetkowej segregacyi sądzić można o stopniu zaburzenia chemiobiozy przez zakażenie gruźlicze. Działanie zaś fizyologiczne fosfacidu w takich razach pozwala zauważyć stale się powtarzającą zmianę wśród tych grup. Jeżeli zmiana ta zbliża się do typu gromad, jaki spostrzegamy zwykle w zdrowych ustrojach, to jest to dowodem, że leczenie w danym przypadku postępuje prawidłowo. W przeciwnym razie, gdy odsetkowe grupowanie się tych gromad pod wpływem leczenia fosfacidowego wcale się nie zmienia, oznacza to, że albo dawka fosfacidu jest niedostateczną dla danego przypadku — lub też, że przy stwierdzeniu jednocześnie odczynu autotuberkulinowego, chemiobiologiczny stan leczonego ustroju jest ostatecznie zachwiany.

Dla przykładu weźmy przypadek znacznie posuniętego zakażenia gruźliczego, które klasyfikacya Turbana zalicza zwykle do kategoryi trzeciej.

Phthisis chronica fibrosa pulmonis utriusque, praecipue dextri. Cavernae pulm. dextri. Adhaesion. pleural ambilater. Ulcus tubercul. profund. linguae.

Początek choroby przed pięciu laty po silnem zaziębieniu; następnie kilka krwotoków nieobfitych. Obecnie osłabienie, wychudzenie, dreszcze niewielkie, bezsenność, duszności, kłucia w klatce piersiowej. Plwocina skąpa (do 60 cm^3), trudno się wydzielająca. Łaknienie mierne, stolec wstrzymany. Przedmiotowo: ciepłota 37·2—38·6. Waga 58 kilogr. (mężczyzna dużego wzrostu, lat 46). Obciążenie dziedziczne ze strony ojca. Prątki gruźlicze po 5—8 w polu widzenia, obecność włókien elastycznych. Tętno 80—90. Oddech bardzo często płytki, przyspieszony. Klatka piersiowa: stłumienie w szczycie po prawej stronie z przodu do czwartego żebra, z tyłu do połowy łopatki. Zaostrzenie wdechu i wydechu z przodu przy nielicznych rzężeniach drobnobańkowych dźwięcznych, szczególnie w części nadbrzeżnej płatu górnego w okolicy od drugiego do trzeciego żebra tuż przy mostku. Z tyłu również wdech i wydech zaostrzony. Wydech nawet prawie oskrzelowy bez rzężeń. Po lewej stronie w szczycie z przodu przytłumienie do trzeciego żebra, z tyłu do grzebienia łopatki. Wdech z przodu i z tyłu silnie zaostrzony, wydech chuchający bez rzężeń.

Badanie krwi wykazało: Hemoglobiny 60%, ciałek czerwonych w 1 mm^3 3,500.000, ciałek białych w 1 mm^3 12,000. Jakość ciałek czerwonych prawidłowa, odsetkowy stosunek białych, jak następuje: wielojądrzaste 88%, z tego neutrofile 87, eozynofile 1; jednojądrzaste 12%. w tej liczbie przewaga postaci małych limfocytów *).

Jeżeli do wywiadów i stanu przedmiotowego dołączymy badanie krwi, to z tych wszystkich danych możemy mówić o stanie zaburzenia spraw chemiobiologicznych w każdym przypadku zakażenia gruźliczego Rozejrzawszy się w tem wszystkiem, możemy wówczas określić mniej więcej odpowiednią dawkę fosfacidu dla danego chorego. Tak też i w przypadku obecnie rozbieranym: Jeżeli do wyników badania fizycznego, które już same przez się mówią o daleko posuniętem zakażeniu gruźliczem, dodamy jeszcze badanie krwi, to pogłębi się nasze przeświadczenie o zaburzeniu spraw chemiobiologicznych danego ustroju. Nizki odsetek hemoglobiny (60%), niedostateczna ilość czerwonych ciałek krwi (3,500.000 zamiast 5,000.000), a natomiast zwiększona prawie w dwójnasób ilość białych ciałek 12.000 (norma 7600) w 1 mm^3, wszystko to jasno wskazuje, iż stan chorego jest poważny. Odsetkowy stosunek gromad białych ciałek krwi w omawianym przypadku również różni się od prawidłowego. Mamy tu zwiększoną ilość wielojądrzastych (88% wobec normy 75%), a znacznie zmniejszony jest odsetek jednojądrzastych (tylko 12% wobec 25% normy). Taka leukocytoza przy zakażeniu gruźliczem jest wielce niepożądana. Jest to objaw, wskazujący zwykle, że mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem, że wraz z prątkami gruźliczymi działają jeszcze mikroby ropotwórcze. Potwierdza to zwykle i charakter gorączki.

Mieszane zakażenia gruźlicze z odcieniem septycznym znacznie utrudniają leczenie fosfacidem i nakazują ostrożność w dawkowaniu tego leku.

W obecnie roztrząsanym przypadku mała ilość czerwonych ciałek krwi i nizki odsetek hemoglobiny wymagałyby zastosowania fosfacidu w dużych stosunkowo dawkach. Właściwości krwiotwórcze tego środka są bowiem znaczne.

W danym przypadku jednak mimo silnej niedokrwistości nie możemy się decydować na wielką dawkę fosfacidu, gdyż przeszkadzają temu inne jeszcze czynniki. Prócz wyżej wykazanych, liczyć się tu musimy także i z natężeniem zakażenia gruźliczego. O jego natężeniu mówią nam nietylko zewnętrzne oznaki, ale także i wzajemny stosunek grup białych ciałek krwi. Według wyżej przytoczonej formuły, przedstawiają one ułamek nieprawidłowy $^{88}/_{12}$. W zestawieniu tych liczb widzimy, iż odsetkowa ilość limfocytów w danym ustroju gruźliczym jest znacznie mniejszą w porównaniu z neutrofilami. Prace Bartla i Bergela, a także innych badaczy (Eisenberg »Przegl. lekarski« 1910 Nr 30) udowodniły, że jest pewien odwrotny stosunek między zakażeniem gruźliczem i limfocytami. Klinika zaś stwierdziła, że gdzie badanie krwi wykazuje w przybliżeniu prawidłową odsetkową ilość limfocytów, tam zakażenie gruźlicze wielkiego natężenia niema.

Biorąc na uwagę stan ogólny chorego, zmiany fizyczne, tudzież całokształt badania krwi, jak również mając na względzie działanie fosfacidu na ustrój gruźliczy, winniśmy w omawianym przypadku zastosować niewielką dawkę tego leku.

Przy obecnej konstrukcyi chemicznej fosfacidu za taką odpowiednią dawkę w danym przypadku uważać możemy 0,05 (t. j. jedną przedziałkę tuberkulinowej strzykawki »Record« o objętości 1 cm^3 podzielonej na 20 części). Wstrzykuje się podskórnie zwykle na plecach, a także w okolicach pośladkowych, wstrzykiwania te można też stosować śródmięśniowo. Miejsce ukłucia obmywa się eterem, igłę wyciera się i przestrzykuje również eterem. Fosfacid jest aseptyczny i w obecnym swym składzie nigdy żadnego miejscowego odczynu nie wytwarza, nawet zaczerwienienia skóry nigdy nie wywołuje. Po wstrzyknięciu miesi się miejsce wstrzyknięcia dość silnie, gdyż inaczej pod wpływem znajdującego się w jednym punkcie fosfacidu następuje tam wzmożony rozrost tkanki łącznej, który później pozostawia podskórne stwardniałe guzki. Miesienie po wstrzyknięciu zapobiega temu. Obolałości niema żadnej, jeżeli igła weszła w tkankę podskórną. Chorzy odczuwają tylko lekkie pieczenie, które po kilku minutach przechodzi.

Po upływie 24 do 36 godzin (rzadko wcześniej), jeżeli użyto za dużej dla naszego przypadku dawki fosfacidu, następuje odczyn autotuberkulinowy w postaci podniesienia ciepłoty, zwiększonego kaszlu, ogólnego zaostrzenia wszystkich zmian przedmiotowych chorego ustroju. Słowem odnajdujemy wtedy wszystkie objawy, następujące zwykle po zastosowaniu tuberkulin.

Jeżeli widoczne są jakie owrzodzenia gruźlicze (na podniebieniu, języku lub też toczeń na skórze), wtedy stają się one przekrwione, boleśniejsze i więcej ropy na nich się tworzy. Odczyn autotuberkulinowy i tu więc jest widoczny. Przy leczeniu fosfacidem trzeba bezwarunkowo zwracać baczną uwagę na ogólny stan chorego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

*) Dla łatwiejszego oryentowania się wśród tego wzajemnego stosunku odsetkowego białych ciałek krwi (leukocytów), przedstawia go Romanowski w formie ułamka. Licznikiem tego ułamka jest odsetkowa ilość neutrofilów i eozynofilów — mianownikiem zaś ilość limfocytów.

Wobec energicznego działania fosfacidu na białe ciałka krwi, dla ściślejszej kontroli tych zmian, jakie fosfacid wśród nich sprawia, licznik i mianownik dzielą się jeszcze każdy na kilka gromad. I tak: licznik składa się z trzech gromad 1) neutrofile jednojądrzaste, 2) neutrofile kilkojądrzaste, 3) eozynofile. Mianownik zawiera cztery gromady, 4) limfocyty małe, 5) limfocyty duże, 6) myelocyty i 7) ciałka przejściowe.

Przedstawiając odsetkowy stosunek białych ciałek krwi naszego przypadku w ułamkowej formie, będziemy ją mieć jako:

$$\frac{\overset{\text{1) 1-jądrz. neutr.}}{79} + \overset{\text{2) kilkojądrz. neutr.}}{8} + \overset{\text{3) eozynofile}}{1}}{\underset{\text{4) małe limf.}}{8} + \underset{\text{5) duże limf.}}{2} + \underset{\text{6) myeloc.}}{1} + \underset{\text{7) c. przejść.}}{1}}$$

Streszczając tę formułę mamy ułamek $^{88}/_{12}$.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hochhalt. **O leczeniu zakażenia ogólnego śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu.** (Tow. lek. szpit. Budapeszt 1910, XI). Leczenie zakażenia ogólnego stoi dotąd na bardzo chwiejnych podstawach i dlatego H. zaleca sposób, który w licznych przypadkach oddał mu cenne usługi, a mianowicie śródżylne wstrzykiwania sublimatu. 3—4 miligramów, wstrzykniętych do żyły, nie wywołuje żadnych objawów, a wiąże toksyny drobnoustrojów i wstrzymuje dalszy rozwój bakteryi. Można podawać bez szkody nawet większe dawki 0,01, a Bársony, który właściwie podał ten sposób, wstrzykuje kilkanaście razy, nieraz ogółem 138 mg bez objawów zatrucia. Zdaniem autora należy próbować w przypadkach ogólnych zakażeń chirurgicznych i położniczych koniecznie tego sposobu leczenia, stosując 4—5 mg na raz, ew. drugi raz wieczorem, a potem co dzień dalej; w razie objawów w jamie ustnej, lub nerkach przerywa się leczenie. — Podług Angyána wstrzykiwania podskórne sublimatu oddają cenne usługi przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. K.

Fühner. **Badania farmakologiczne nad uśpieniem mieszanem.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 4). W ostatnich czasach gorąco polecają kombinacye środków przy uśpieniu; skombinowane środki działać mają pewniej, a nawet znacznie silniej, niż suma arytmetyczna owych przetworów, czyli że działanie środków ma się wzajemnie potęgować. F. przeprowadził w tej sprawie badania doświadczalne na zwierzętach i doszedł do wniosku, że przy środkach obojętnych kombinacya działa tylko jako suma danych środków, zaś przy łączeniu środków obojętnych z zasadowymi, n. p. morfiny, skopolaminy i t. p. z chloroformem, silniejsze działanie polegać może ewentualnie tylko na zmianie stopnia rozpuszczalności narkotyku w wodzie lub lipoidach, przez co większa niż zwykle ilość danego środka działa na ustrój. — Natomiast nie wierzy F. w to, by środki nawzajem potęgować mogły swe działanie usypiające. K.

Sachs. **Ropotok zębodołowy i jego skuteczne leczenie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 45). Ropotok zębodołowy (pyorrhoea alveolaris) jest cierpieniem częstem, a uporczywem. Cechuje go odsuwanie się dziąsła, zwłaszcza na zębach dolnych siecznych, złogi kamienia, a za uciskiem na dziąsło wypływ ropy. Panuje mylne przekonanie, że nie należy wtedy usuwać kamienia, »bo zęby wypadną«. — Ropotokowi bardzo często towarzyszy (a może go nawet wywołuje) jakieś schorzenie ogólne, tak że przy obecności ropotoku lekarz powinien zwrócić uwagę na cały ustrój, wyszukać przyczynę i starać się w pierwszym rzędzie o jej usunięcie; zwłaszcza chodzi tu o cukrzycę, o kiłę, gruźlicę i skazę moczanową. Miejscowo dołącza się drażnienie, wywołane tworzeniem się kamienia. Leczenie miejscowe polega na usunięciu kamienia i ziarniny, przypalaniu 50% kwasem mlecznym, szlifowaniu zębów i skrupulatnem leczeniu następowem, w postaci częstych rewizyi zębów, odczyszczań i pielęgnowania jamy ustnej, przy stosowaniu miesienia dziąseł palcem, obsypanym kwiatem siarczanym. W przypadkach uporczywych próbują ustalania zębów zapomocą mostków, ewentualnie reimplantacyi. Ropotok po 40. roku życia występuje niemal u 50% ludzi. K.

Kobrak. **Tonsillotomia, czy tonsillectomia?** (Mediz. Klinik 1911, Nr 7). Od dłuższego już czasu toczy się spór, czy w razie schorzeń migdałów należy je obcinać, czy też wycinać doszczętnie. Amerykanie n. p. zwykle postępują doszczętnie. Natomiast autor jest zdania, że migdały należy doszczętnie usuwać tam, gdzie obecność ich grozi ciągłem niebezpieczeństwem, a więc głównie u starszych, przy ciągle wracających okołomigdałowych ropniach lub migdałach pełnych zaułków, płaskich, powodujących nawroty gośćca. Natomiast zwykłe duże migdały u dzieci, sprawiające mechaniczne tylko przypadłości, nadają się do obcięcia. — U starszych wystarcza nawet do wyłuszczenia znieczulenie miejscowe, nawet popędzlowanie 15—20% alypiną (lepsza od kokainy, bo nie wywołuje krwawień następowych). — Krwotok zwykle ustaje sam, ewentualnie wystarcza ucisk palcem przez kilka minut, rzadko uciekać się potrzeba do zabiegów innych. K.

Holzknecht. **O nowszych postępach w badaniu przewodu pokarmowego promieniami Röntgena.** (Tow. lek. Berlin 1910, XII.). Badanie przesunięć przełyku ułatwia nieraz rozpoznanie cierpień śródpiersia i narządów klatki piersiowej, a często udaje się rozpoznać także raka przełyku. W cierpieniach żołądka oddaje badanie rentgenowskie obecnie już nieocenione usługi (zwężenia, zrosty, blizny, wrzody drążące, zmiany kształtu żołądka, przesunięcia i t. p.). Skurczenie żołądka przemawia za wrzodem, podobnie ułożenie odźwiernika po stronie lewej. Rentgenoskopię wyzyskujemy także prognostycznie. Przy guzach, o ile żołądek w obrazie rentgenowskim ma jeszcze postać haka, zwykle można operować, natomiast przy guzach leżących wysoko, a poprzecznie, już nie. Niedomykalność odźwiernika przemawia pzeciw operacyi. Rentgenoskopia kiszki grubej, jelita ślepego (ruchomość nadmierna i t. p.) oddaje obecnie również nieocenione usługi. Przed każdą operacyą brzuszną powinno się obecnie o ile możności przeprowadzić badanie rentgenowskie. K.

Cholzoff. **Leczenie wrodzonych uchyłków pęcherza moczowego i ich znaczenie kliniczne.** (Archiv f. klin. Chir. T. 94. Z. 1., 1910). Uchyłki pęcherza moczowego mogą być wrodzone lub nabyte. Powodem uchyłków nabytych może być dłużej trwająca przeszkoda w oddawaniu moczu; naprzód rozwija się przerost warstwy mięsnej, następnie przy wzmagającem się ciśnieniu śródpęcherzowem wypuklają się odcinki błony śluzowej pomiędzy beleczkami mięsnemi i dochodzi do powstania uchyłka, którego ściana składa się jedynie z błony śluzowej. Zdarza się często, że do uchyłka wrodzonego uchodzi moczowód. Charakterystyczną jest rzeczą, że uchyłki wrodzone występują częściej pojedynczo, niż nabyte; uchyłki nabyte częściej są mnogie. Najczęściej spotyka się uchyłki wrodzone na tylnej ścianie pęcherza, nieco rzadziej na bocznych ścianach, a najrzadziej na przedniej i górnej ścianie. Małe, niepowikłane inną sprawą uchyłki mogą nie dawać żadnych objawów. Uchyłki duże wyczuwa się często jako guzy, oddawanie moczu bywa utrudnione, chorzy skarżą się na uczucie niezaspokojenia potrzeby po oddaniu moczu, czasami oddają mocz w dwu porcyach, czasami cierpią na częste parcie, a nawet na zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu. Jeżeli pęcherz taki ulegnie zakażeniu, co stać się może w następstwie badania narzędziem, lub też samoistnie, to na pierwszy plan występują objawy nieżytu pęcherza. Jako powikłania mogą wystąpić wodonercze (hydronephrosis), roponercze (pyonephrosis) lub zapalenie miedniczek i nerek. Rozpoznanie uchyłka bywa bardzo trudne i po większej części sekcya go dopiero wykrywa. Dość ważnym objawem jest oddawanie moczu w dwu porcyach; jeszcze ważniejszym, bo rozstrzygającym objawem jest stwierdzenie guza w okolicy pęcherza po wypełnieniu pęcherza płynem i znikanie guza po wypuszczeniu płynu; przy dużych uchyłkach jest to objaw niezawodny, ale wyraźnie występuje on tylko wtedy, jeżeli uchyłek leży na przedniej ścianie pęcherza, mniej wyraźnie, gdy uchyłek leży na bocznych ścianach, a całkiem go niema, jeżeli uchyłek leży na dnie pęcherza. Całkiem pewnie można uchyłek rozpoznać cystoskopem. Uchyłki przy niezakażonym pęcherzu są dla chorych po największej części obojętne; z chwilą zakażenia pęcherza niebezpieczeństwo jest wielkie z powodu powikłań sprawami wyższych dróg moczowych, a śmiertelność wynosi wedle Englischa 88·1%. Ponieważ główne niebezpieczeń-

stwo leży w zatrzymywaniu się moczu w uchyłku, musi być zadaniem leczenia usunąć to zatrzymywanie się, co osiągnąć można przez osączkowanie uchyłka na zewnątrz lub doszczętne wycięcie uchyłka. Jeżeli chodzi o osączkowanie uchyłka, to dostać się do niego można zewnątrzotrzewnie od przodu, jeżeli uchyłek leży na przedniej lub bocznej ścianie pęcherza; do uchyłków na tylnej ścianie pęcherza wiedzie droga zazwyczaj przez jamę otrzewną. Tą samą drogą iść należy, jeżeli chodzi o zupełne usunięcie uchyłka. Tylko duże uchyłki na tylnej ścianie pęcherza mogą wymagać utorowania drogi przez kość krzyżową, którą trzeba czasowo resekować. Jeżeli na szczycie uchyłka znajduje się moczowód, należy go przeciąć i wszczepić do pęcherza. Przy silnie zakażonym pęcherzu, jeżeli jeszcze i ogólny stan chorego jest niedobry, należy naprzód założyć przetokę nadłonową, a dopiero po polepszeniu się warunków miejscowych i ogólnych można przystąpić do operacyi. Pisarski.

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Góth. **Studyum kliniczne nad 700 przypadkami zapalnych guzów przydatków.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 2). W ostatnich latach zaznaczyła się u wszystkich klinicystów dążność do zmiany w dotychczasowem leczeniu zapalnych guzów przydatków, na korzyść leczenia zachowawczego, bez względu na rodzaj przebytego zapalenia. Najczęstszą przyczyną zapalenia jest zresztą zakażenie wiewiórowe, które w przeważającej liczbie przypadków napewno daje się wykazać, w znacznej ilości jest bardzo prawdopodobne, a we wszystkich innych nie wyłączone, bez względu na to, czy zapalenie to pozostaje w związku z połogiem, czy nie. W przypadkach autora (700), 60% chorych kobiet było zamężnych, 36% wolnych, 3·25% owdowiałych, a 0·75% rozwiedzionych, 38·5% wszystkich tych kobiet było bezdzietnych, 28·8% rodziły tylko raz, 13% dwa razy, 19·5% 3—11 razy. Daty te wykazują, że mniej więcej u $^1/_3$ kobiet z guzami przydatków występuje stała niepłodność pierwotna, a u nieco tylko mniejszej liczby niepłodność następowa, t. zn. po pierwszym porodzie. Do głównych objawów zmian zapalnych w przydatkach należą bole stałe, bole w czasie peryodów, krwawienia i upławy. Najstalszym objawem jest ból, który też na 700 chorych wystąpił u 676; na bole w czasie peryodu uskarżało się 55, na krwawienia 219, a na upławy 223 chorych. Zauważono, że nasilenie bolów nie pozostaje w związku z wielkością guzów i że stopień bolów nie zawsze przebiega równolegle z tkliwością przy dotyku. Bole te zależą, zdaniem autora, nierzadko od zmian otrzewnej; do różnego jej zajęcia należy też odnieść te przypadki, gdzie chore skarżą się stale na ból tylko jednostronny, a badanie wykazuje te same guzy po obu stronach. Bardzo szczegółowo omawia autor zachowanie się peryodów. Gdy większość autorów podaje, że peryody występują zwykle regularnie lub wcześniej i zawsze obficie, to autor zauważył, że bardzo często występują peryody raczej w spóźnionym terminie i w ilości zmniejszonej. I tak na 561 spostrzeganych peryodów występowały one 263 razy we właściwym czasie, 103 razy wcześniej, a 195 razy później, i o ile nie trwały prawidłowo długo (400 razy), to w większej części przypadków krótko, w mniejszej zbyt długo (98: 62), bez względu na to, czy peryod wystąpił wcześniej, czy później. Pod względem zachowania się ciepłoty ciała w stosunku do peryodów, rozróżniano 3 grupy przypadków: 1) Peryody przebiegały bez gorączki (350), 2) występowały w czasie trwania gorączki (175), 3) przy bezgorączkowym zresztą stanie ciepłota ciała podnosiła się tylko z chwilą wystąpienia peryodu, albo już 1—2 dni przedtem (100), t. zw. gorączka menstruacyjna. Ciekawe jest spostrzeżenie, że tak w grupie przypadków z gorączką menstruacyjną, jak w tej, gdzie peryody występowały w okresie stałej gorączki, przeważały peryody spóźnione, co przemawia przeciw tłomaczeniu tych peryodów spóźnionych zmniejszoną czynnością jajników wskutek zbliznowaceń ich miąższu w późnym okresie choroby; natomiast spostrzeżenia powyższe wykazują, że znaczne nawet spóźnienia w miesiączkowaniu mogą wystąpić właśnie w okresie ostrym. Autor wykazał, że także w przypadkach bezgorączkowych, gdzie peryody występowały w okresie spóźnionym i skąpo, chodziło również o przypadki świeże, natomiast po ustaniu objawów ostrych, peryody zaczęły występować regularnie lub wcześniej. Od tych typów miesiączkowych należy jeszcze odróżnić nieregularne krwawienia, które zależą prawdopodobnie od zmian macicznych na tle przekrwienia zapalnego. — Gorączka była dość częstym objawem chorobowym (4%). Najczęściej, bo w 260 przypadkach, wynosiła ona 37·1—38°, w 125—38—39°, w 57—39—40°, a w 7—40—41°. Mniej więcej w połowie wszystkich przypadków trwała ona najwyżej 7 dni, w 93 najwyżej 14 dni, w 69 najwyżej 4 tygodnie, a w 81 ponad miesiąc. Szczególnego typu gorączki nie zauważono. — Z powikłań najczęściej zauważono pochylenie macicy ku tyłowi, a szczególnie położenie macicy ku tyłowi (retropositio). — Sprawa chorobowa wystąpiła obustronnie 601 razy = 85·7%, jednostronnie 99 razy = 14·3%. — Leczenie w okresie ostrym: zupełny spokój i pęcherz z lodem na stałe lub naprzemian z okładem wysychającym (szczególnie na noc). Przy łatwym dostępie do ogniska zapalnego od sklepienia pochwowego można działanie nizkiej ciepłoty stosować od pochwy przez zastosowanie specyalnego przyrządu chłodzącego, przez który przepuszcza się 2 razy dziennie po 20 litrów wody wodociągowej. Po ustaniu gorączki i tkliwości przy ucisku można rozpocząć leczenie zmierzające ku wessaniu wysięku, rozpoczynając jednak zawsze od okładów Priessnitza, celem przekonania się, jak sprawa zapalna oddziaływa na usunięcie zimna. Jeżeli tkliwość i gorączka znowu wystąpią, należy natychmiast wrócić do stosowania lodu, w przeciwnym razie, jeżeli chore wilgotne ciepło okładów dobrze znoszą, można równocześnie stosować gorące przestrzykiwania 2 razy dziennie, rozpoczynając od miernej ciepłoty, którą zależnie od wrażliwości chorych można co 2—3 dni podnieść o jeden stopień aż do 45—50° C. Ze środków ułatwiających wessanie wysięku stosowano od pochwy co 2—3. dzień tampony, napojone 10—20% glicerynowym rozczynem ichtyolu i gorące kąpiele (35—40°), zwracając jednak zawsze pilną uwagę na samą sprawę chorobową, ponieważ odczyn, z początku niewidoczny, może nieraz nagle wystąpić dopiero po pewnym czasie (szczególnie po przestrzykiwaniach gorących). W ostatnich czasach polecają zamiast kąpieli i przestrzykiwań stosowanie gorącego powietrza, chociaż i tutaj zaostrzenia choroby nie są wyłączone. Dobre wyniki leczenia gorącem powietrzem osiągnąć można w przypadkach stosunkowo świeżych, a za właściwą chwilę do zastosowania tego leczenia należy uważać ten okres, kiedy wahania ciepłoty ciała i tkliwość przy ucisku na pewne zupełnie już ustały. Miesienie stosowano tylko w tych przypadkach guzów przydatków, gdzie chodziło o odprowadzenie lub podniesienie ustalonego tyłozgięcia macicy, ale naturalnie poza okresem ostrym. Przeciw upławom stosowano albo tampony ichtyolowe, albo, jeżeli wykazano gonokoki, tampony protargolowe 20%. Tam, gdzie objawy zapalne już dawno minęły, a upławy uporczywie dalej się utrzymywały, stosowano niekiedy śródmaciczne wycierania 10% rozczynem argentaminy lub 20% protargolu, jeżeli wykazano gonokoki, gdzie zaś gonokoki wykazać się nie dały, stosowano wycierania 10% rozczynem chlorku cynkowego lub nalewką jodową. Na 31 w ten sposób leczonych przypadków, u 11 wystąpił mniej lub więcej silny odczyn, co nakazuje wielką ostrożność przy stosowaniu leczenia śródmacicznego. W pozostałych przypadkach (20) wynik tak co do upławów, jak i krwawień był zadowalniający. — W 8 przypadkach musiano się uciec wyjątkowo do wyskrobania macicy z powodu długotrwałych nieregularnych krwawień; silniejszy odczyn wy-

stąpił po tym zabiegu u trzech chorych, mimo że go stosowano w okresie przewlekłym. Krwawienie ustało wprawdzie we wszystkich przypadkach, mimo to jednak należy wyskrobanie macicy przy guzach przydatków ograniczyć do wyjątkowych tylko przypadków, gdzie krwawienia opierają się wszelkiemu innemu łeczeniu (gorzknik [hydrastis], styptycyna, okistyptyna, sporysz, przestrzykiwania). — Obok powyższego leczenia samej choroby, należy pilną uwagę zwrócić na ogólny stan chorych i regularne wypróżnienia. W szczególności należy leczyć bardzo często równocześnie występującą blednicę, przypadłości nerwowe i bezsenność; o ile bezsenność wywołują bole, nie można się obejść bez morfiny lub aspiryny. W końcu podaje autor wyniki lecznicze, spostrzegane u 393 chorych w czasie ich pobytu w klinice. E. Ehrenpreis.

Ph. Jung. **Dalsze doświadczenia nad możliwością wstępującej gruźlicy narządu rodnego.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 3).

E. Engelhorn. **Przyczynek doświadczalny do sprawy wstępującej gruźlicy kobiecego narządu rodnego.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 3).

Ponieważ wyniki pierwszego szeregu doświadczeń Junga, wykazujące możliwość wstępującego zakażenia gruźliczego w narządzie rodnym żeńskim, spotkały się z krytyką niektórych autorów, powtórzył Jung swoje doświadczenia, uwzględniając przy nich poczynione mu zarzuty. W tym celu wprowadził do narządu rodnego 33 królików świeży materyał perliczy, jużto przez jamę brzuszną do lewego rogu macicy (20), już w postaci wstrzykiwań do pochwy (13). W 5 przypadkach otrzymał znowu wynik dodatni, w tem znaczeniu, że niewątpliwie można było wykazać postępowanie zakażenia gruźliczego z dołu ku górze. Wyniki te potwierdziły zresztą zupełnie niedwuznacznie preparaty drobnowidowe, wykazujące najsilniejszy rozwój sprawy gruźliczej w dolnych częściach zajętego rogu drugiego, a coraz słabszy rozwój w odcinkach górnych, najlepszy dowód, że sprawa postępowała z dołu do góry. Bezwątpienia, że ten typ wstępujący zakażenia gruźliczego występuje u ludzi stosunkowo rzadko, mimo to jednak należy przypadki gruźlicy narządu rodnego u kobiet, w których sekcya nie wykazała poza tym narządem żadnego innego ogniska, uważać — na podstawie powyższych badań — za gruźlicę pierwotną wstępującą tego narządu. Chcąc wyniki swych badań oprzeć na zupełnie pewnych podstawach, starał się autor jeszcze o zbadanie, w jaki sposób nieruchome zresztą bakterye gruźlicze mogą wędrować przeciw prądowi wydzielin z dołu do góry. Tych właśnie badań podjął się jego asystent Engelhorn. Wiedząc, że i przy zakażeniu połogowem, jakoteż tryprowem, bakterye, nie posiadające własnych ruchów, zawsze wywołują wstępujący typ zajęcia narządu rodnego, był Jung już z góry przekonany o dodatnim wyniku badań Engelhorna. — Engelhorn wprowadzał królikom wysoko do pochwy, przed części pochwowe rogów macicy, delikatnie sproszkowany karmin. Po 1—15 dniach zabijano zwierzęta chloroformem, celem poddania narządu rodnego dokładnemu badaniu. Na 17 przypadków karmin posunął się w 11 do góry, i to drogą błony śluzowej przy pomocy przeciwrobaczkowych ruchów macicy; wielką rolę odgrywają tu także naczynia limfatyczne. Skoro więc takie nieruchome ciała, jak karmin, bez własności zakaźnych mogły wędrować do góry, to niemniej należy to przyjąć dla materyału gruźliczego. Przeciwnicy teoryi o wstępującej gruźlicy podają między innymi jako argument bakteryobójcze działanie wydzieliny pochwowej na bakterye gruźlicze. Celem rozstrzygnięcia i tego pytania zrobił autor mieszankę z wydzieliny pochwowej wielu ciężarnych i na nią zasiewał ludzkie bakterye gruźlicze. Z takiej mieszanki (bakterye + wydzielina pochwowa) wstrzykiwał świnkom morskim do otrzewnej po 1 ctm., zaraz po zasianiu bakteryi, i następnie w 1, 3, 6, 12 i 24 godzin po zasianiu. Wszystkie zaszczepione w ten sposób świnki (14) padły po pewnym czasie z powodu gruźlicy; tem samem upada teorya o zabójczem działaniu wydzieliny pochwowej na bakterye gruźlicze.

E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 lutego 1911.

(Dokończenie).

8) W dyskusyi nad odczytem kol. Blassberga zabierają głos:

Dr Eisenberg: Jednocząc się zupełnie z kol. prelegentem w uznaniu i podziwie dla wielkiego dzieła Ehrlicha, tej, choć nie pierwszej, to jednak dotąd najwspanialszej świadomej celu próbie chemoterapii, chciałbym jednak poczynić kilka zastrzeżeń co do sposobu pojmowania skuteczności nowego leku. W myśl Ehrlicha, za którym w zupełności poszedł kol. B., ma lek ten działać pasorzytozwrotnie (parasitotrop), a przynajmniej skuteczność leku ma polegać na tem, że pasorzytozwrotność ta ma przeważać nad jego narządozwrotnością (organotropią). Otóż nie jest bynajmniej dowiedzionem, że środek rzeczywiście działa w ten sposób; doświadczenie w probówce, gdzie środek działa zabójczo na krętki, nie wchodzi tu naturalnie w rachubę w myśl poglądów samego Ehrlicha, bo decyduje tu tylko to, co się dzieje w ustroju zakażonym, gdzie stosunki są zupełnie odmienne. Znikanie natomiast zarazka w zmianach badaniu dostępnych, spostrzegane wielokrotnie, samo przez się nie pozwala rozstrzygnąć, czy zadziałał tu środek wprost na zarazek, czy też wywołał odczyn zarazkobójczy ustroju. Z tego też powodu wspomniane przez kol. B. spostrzeżenie Gerbera (wyleczenie zapalenia gardła Vincenta i czasowe zniknięcie krętka zębowego w jednym przypadku) niema siły dowodowej, nadto zaś skuteczność w pokrewnej sprawie jest niepewną podstawą do wniosków, jak tego dowodzi fakt, że »606« ma być skuteczny w zimnicy trzeciaczkowej, a zawodzi w czwartaczce i zimnicy zwrotnikowej. Nie można też przytaczać jako dowodu spostrzeżenia, że w niektórych przypadkach odczyn Wassermanna przy zmianie pierwotnej ujemny, pod wpływem »606« zmienia się w dodatni, aby potem dopiero zniknąć, możliwe tu jest bowiem zupełnie inne tłómaczenie na podstawie doświadczeń najnowszych Friedberga i Masudy, którzy znaleźli, że wstrzyknięcie arsenobenzolu, podobnie jak to dawniej wiadomo było o wyskoku, pilokarpinie, gwajakolu, atoksylu, wzmaga w znakomity sposób (do 20 razy) wytwarzanie swoistych ciał ochronnych. Wogóle zaś wyciąganie zasadniczych wniosków co do przebiegu sprawy chorobowej i skuteczności leków z zachowania się odczynu Wassermanna, np. ze znikania odczynu po leczeniu, wydaje mi się niedopuszczalne, ponieważ dotąd nie wiemy nic pewnego o tem, jaki właściwie zachodzi związek między zarazkiem kiły, a tym odczynem, a na ogół skłonni jesteśmy w nim widzieć nie działanie swoistych odczynników, lecz wyraz zmian fizykochemicznych w składzie krwi pod wpływem zakażenia. Wreszcie przeciwko bezpośredniej zarazkobójczości nowego środka przemawiałby fakt kilkakrotnie spostrzeganej skuteczności mleka matek leczonych na kiłę osesków, obarczonych kiłą dziedziczną, mleka nb. wolnego od śladów arsenu; dowodzi on, że w ustroju matki musiały powstać jakieś ciała ochronne i że one to, przeniesione z mlekiem, działają w ustroju dziecka. Wreszcie z punktu zarazkozwrotności dziwna byłaby powszechnie stwierdzana wybitna skuteczność »606« w kile złośliwej, gdzie według Buschkego nie znajduje się wcale krętków lub bardzo małą ich ilość.

Natomiast cały szereg spostrzeżeń każe przypuszczać, że narządozwrotność nowego środka nie jest bynajmniej mała i że w mechanizmie jego skuteczności odgrywa ona niepoślednią rolę, zdanie, za którem wypowiadają się w ostatnim czasie Lesser i Riehl. Narządozwrotne działanie arsenu nieorganicznego, znane już dawniej z badań Cloetty, kazało przypuszczać, że i organiczne jego związki podobnie będą się zachowywać. Co do arsenobenzolu Martins wykazał, że wszystkie tkanki, z któremi się środek ten zetknie bezpośrednio, ulegają obumarciu i że w miejscu wstrzyknięcia przez dłuższy czas utrzymują się składy arsenu w tkance; spostrzeżenia, potwierdzone przez badania rentgenologiczne Ullmanna i Haudeka. Co więcej Bornstein stwierdził, że arsenobenzol, wstrzyknięty w jakikolwiek sposób, po pewnym czasie zostaje złożony w narządach wewnętrznych — wątrobie, śledzionie, mięśniach i tam utrzymuje się dość długo nawet, gdy już wydzielanie z moczem ustało. Bardach i Klausner po wstrzyknięciu arsenobenzolu spostrzegali znaczne zwiększanie się liczby krwinek czerwonych (już po kilku godzinach) i wzmożone wydzielanie urobiliny, znowu dowody jego narządozwrotności. Wreszcie spostrzegana powszechnie poprawa stanu ogólnego, często bardzo uderzająca i analogia z działaniem leczniczem arsenu w innych chorobach ogólnych, przemawiają za tem, że działanie na narządy wewnętrzne (może krwiotwórcze) i pobudzenie ich sprawności mogą stanowić ważny składnik skuteczności nowego środka, zaś omówione wyżej doświadczenia Friedbergera i Masudy pozwalają przypuszczać, że i wytwarzanie ciał ochronnych, pobudzone i wzmożone pod wpływem »606«, ma pewien wpływ na przebieg choroby. Co do wyjałowienia zupełnego ustroju, które jako ideał przyświecało Ehrlichowi w jego pracach, oczywiście tylko spostrzeżenia, na szeroką skalę prowadzone, będą mogły wydać sąd rozstrzygający, choć już dziś zdaje się ono wątpliwem; spostrzeżenia Miliana, niewątpliwie bardzo ciekawe, zbyt jednak są odosobnione, a przykład duru powrotnego, gdzie następuje rzeczywiście w większości przypadków wyjałowienie, niczego nie dowodzi, bo chodzi tam o zarazek, znajdujący się we krwi przeważnie, a nie w zaułkach narządów wewnętrznych, jak zarazek kiłowy. (Streszczenie własne).

Prof. Krzyształowicz: Sprawa doszczętnego leczenia kiły przetworem Ehrlicha nie może być naturalnie obecnie rozstrzygnięta, ale można ją roztrząsać już obecnie, przedewszystkiem ze stanowiska, czy przetwór działa zabójczo na krętki, czy też wywiera swe działanie na tkanki. Odczyn Jarisch-Herxheimera i zachowanie się jego w stosunku do dawki i sposobu wstrzykiwania, podniesienia ciepłoty, pojawiające się z reguły po wstrzykiwaniu, zachowanie się odczynu Wassermanna, bardzo kapryśne i zmienne, wszystkie te czynniki nie dowodzą działania na krętki. Szybkie nawroty w znacznej liczbie przypadków przemawiają również przeciw temu. Wogóle przyszłość dopiero pokaże, o ile możemy liczyć na doszczętne działanie arsenobenzolu, szczególnie wtedy, gdy wypracuje się sposoby i metody użycia, które dotąd nie są jeszcze ustalone. Na razie zatem uważać trzeba przetwór »606« za środek bardzo szybko działający na zmiany kiłowe, a dalsze wnioski muszą jeszcze długo czekać na rozstrzygnięcie. (Streszczenie własne).

Dr Herman Hirsch: Prelegent wspomniał, że atoksyl w próbówce nie niszczy świdrowców. To się o tyle nie zgadza z badaniami, że i w próbówce atoksyl niszczy świdrowce, ale dopiero w rozczynie 5—6%, kiedy w ciele ludzkiem zabija je w rozczynie 1:120.000, co usprawiedliwia przypuszczenie, że działanie to nie jest bezpośredniem, ale pośredniem. Tu uderza różnica zapatrywań Uhlenhutta i Ehrlicha; kiedy pierwszy twierdzi, że wobec tak znacznego rozcieńczenia i wobec małej dawki w stosunku do wielkości ciała atoksyl nie może być świdrowcobójczym, lecz że tylko pobudza ustrój, względnie komórki do wytworzenia pasorzytobójczych istot. — Ehrlich przyjmuje, że organizm wytwarza z atoksylu przez redukcyę świdrowcobójcze pochodne połączenie chemiczne. Czy Ehrlicha zdanie w tym kierunku się utrzyma (Nevena badania zdają się za tem przemawiać) nie wiadomo; na razie doświadczenia na człowieku z tym teoretycznym aksyomatem niezupełnie idą w parze. Fritz Lesser w ostatnich czasach staje po stronie Uhlenhutta i wykazuje, że »606« wzmacnia żywotność tkanek i wzmaga naturalną odporność ciała (podobnie jak arsen wogóle), że przeważnie więc działa »organotropicznie«, a przemawia za tem: 1) szybkie ustąpienie zmian późnej kiły, w których niewiele tylko stwierdzić można krętków, 2) że złośliwej formy kiły nie powodują zbyt jadowite krętki (przeniesione na innego osobnika nie muszą złośliwej formy wywołać), że zależy ona tylko od zmniejszonej odporności ciała, że wreszcie 3) zdrowy osobnik prątkonośny (Bazillenträger) nie ulega chorobie tylko dlatego, że ustrój jego jest odporny, a nie dlatego, że prątki są mniej jadowite (nie należałoby się go bowiem bać), dostawszy się bowiem do ustroju mniej odpornego zakażą. — Co do różnicy działania według zasad Ehrlicha »parasitotrop« i »organotrop«, zaznaczyć należy, że przyjmując nawet większe powinowactwo chemiczne salvarsanu do krętków i świdrowców aniżeli do tkanek, to jednak w najlepszej kombinacyi, jeszcze tego drugiego czynnika wyłączyć nie możemy, jak nie wyłączamy działalności chloroformu na inne tkanki, choć wiemy, że on działa przeważnie na tkanki, bogate w lipoidy (szara substancya mózgu), bo i inne tkanki, choć w mniejszej ilości, zawierają lipoidy. Zasady więc »dystrybucyi« nigdy ściśle przeprowadzić nie można. Nie umniejsza to bynajmniej zasług Ehrlicha, ani wartości, ogólnie uznanej, salvarsanu, że nie wszystkie teoretyczne podstawy (już w pojęciu teoryi leży zmienność), na których ten wielki myśliciel i genialny wynalazca budował plan walki z kiłą, w przyszłości utrzymać się dadzą, jak nie zmniejsza wartości surowicy przeciwbłoniczej, jako środka znakomicie leczącego, jeżeli wiele z teoretycznych danych dawniejszych zmianie uledz musiało. Wycieniowanie szczegółowych wskazań salvarsanu bę zie rzeczą ścisłych dalszych badań w zakładach naukowych; ze stanowiska praktycznego należy się raczej dziś już zastanowić nad tem, gdzie lek ten jest przeciwwskazany. I tu zestawienie Tomaszewskiego z kliniki Lessera, oparte na własnych i innych spostrzeżeniach, jest, zdaniem mojem, bardzo cenne. Podług tego zestawienia salvarsan jest przeciwwskazany: 1) w chorobach serca (wstrzykiwania śródżylne nawet przy zupełnej domodze serca), 2) w zwyrodnieniu naczyń, 3) przy tętniakach, 4) przy znacznej pobudliwości nerwów sercowych (pojawiają się częste omdlewania i nawet stany bez tętna), 5) przy nieżycie cuchnącym oskrzeli, 6) przy wrzodach żołądka i nieżycie jelit, 7) przy zapaleniu nerek, 8) po przebytych, choć przemijających, wybroczynach mózgowych, 9) przy zwyrodnieniach ośrodkowego układu nerwowego, przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem, 10) przy ogólnem charłactwie, 11) w wieku starszym, 12) w cukrzycy, nawet wówczas, jeżeli acetonu brak, 13) we wszystkich przypadkach, leczonych już poprzednio atoksylem, arsenofenylglicyną, enesolem, choćby już i rok od czasu leczenia upłynął (przypadek Fingera), 14) przy zapaleniu tęczówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego, 15) przy porażeniach nerwu twarzowego, okoruchowego i innych, o ile wystąpiły jako objaw nawrotu po wstrzykiwaniach salvarsanu, 16) przy wszelkich zmianach nerwu słuchowego, czy one są przyrody kiłowej, czy są innego pochodzenia. — Pominąć nie można bez odpowiedzi zarzutu, który uczynił kol. prelegent farmakologii, że jest dotychczas toksykologią, nauką badającą wpływ leków, względnie trucizn tylko na zdrowy ustrój zwierzęcy, przeciwstawiając jej chemoterapię. Na to się zgodzić nie można, raczej należy farmakologię, jako taką, nazwać chemoterapią, gdyż działanie każdego leku na komórkę, względnie na narządy, musi być w pierwszym rzędzie chemiczne, względnie chemiczno-fizyczne, a podporządkować należy dopiero ogólnej tej nauce ostatnie zdobycze leczenia doświadczalnego, t. j. seroterapię, która zmusza ustrój do wy-

tworzenia leczących czynników (budowa ich chemiczna wcale nam nie jest znana) i tak zwaną przez Ehrlicha chemoterapię (która raczej etyoterapią — leczeniem przyczynowem — zwać się winna), a która zwalcza przyczyny chorobotwórcze środkami chemicznymi o mniej lub więcej znanej budowie. Na razie t. zw. chemoterapia zajmuje się tylko arsenem i jego pochodnymi. Dla stwierdzenia jak się niedocenia farmakologii (zadanie jej jest dla niezmiernej ilości kombinacyi nader utrudnione), przytoczę pokrótce doświadczenia Overtona i Meyera, które wykazują, że substancye lepiej rozpuszczalne w oliwie, niż w wodzie, działają narkotycznie (w ustroju ludzkim lub zwierzęcym mówić musimy o rozpuszczalnych w lipoidach, a nierozpuszczalnych w surowicy), że dostają się dla tej właściwości do szarej substancyi mózgowej, najbogatszej w lipoidy i że tylko dlatego działają narkotycznie; doświadczenia Bendyego i Jakobyego, które wskazują, że kwas salicylowy ma szczególne powinowactwo chemiczne do stawów, szczególnie do chorobowo zmienionych, że swoiste działanie tego środka w gośćcu polega właśnie na tem wspólnem powinowactwie do tego samego narządu (tu stawy) i leku i pasorzytów, chorobę tę wywołujących. Loeb i Michaud wykazali powinowactwo chemiczne jodoformu do gruźliczo zmienionych części ustroju. A ważne badania Nenckiego i Schoumowa o rozłożeniu się bromu w ustroju i możliwości wyparcia chloru przez brom wykazały doświadczalnie powinowactwo leków do pewnych tkanek ustroju (»dystrybucyę«). Wreszcie wspominane przez kol. prelegenta prace o potęgowaniu się leków skombinowanych, — ja podkreślę prace Bürgiego, który wykazał, że środki narkotyczne skombinowane z różnych grup nie sumują się w działaniu, ale się potęgują — wykazują niejako, jakby dla każdego leku były osobne chwytniki (receptory) komórkowe. To co Bürgi wykazał co do narkotyków, stwierdził później także co do środków odkażających. Ehrlich sam w leczeniu świdrowicy u ludzi poleca kombinacyę różnych leków, gdyż »therapia magna sterilisans« jednym lekiem, o wybitnych toksycznych właściwościach nie wydaje mu się wskazaną, chcąc zaś uniknąć odporności szczepów przez przewlekłe leczenie, łączy leki różnych grup, z których każdy z osobna jest bez działania, »organotropia« bowiem jest niejednakową dla tych leków, tak, że sumowania się trującego działania obawiać się nie należy, natomiast potęguje się świdrobójcza czynność. — A wreszcie odporność pewnych narządów ciała wobec pewnych leków daje się wytłómaczyć — zgodnie z Ehrlichem – zmniejszoną ich chciwością (Aviditätsverminderung) dla tych leków. — W uwzględnieniu tego wszystkiego, stwierdzić można, że niema różnic zasadniczych między farmakologią i gałęziami nowego leczenia doświadczalnego i że tylko z praktycznych względów tolerować można odrębne stanowisko tak zwanej »chemoterapii«. (Streszczenie własne).

Dr Blassberg w końcowem przemówieniu zaznacza, że zarzuty kol. Prof. Krzyształowicza i Dra Eisenberga streszczają się w tem, iż przetwór Ehrlicha jest także organotropowym. Otóż i z prac Ehrlicha nie wynika bynajmniej, jakoby ten przetwór nie działał na ustrój zupełnie. Jest tylko znaczny niestosunek między parasitotropią, a organotropią na niekorzyść tej ostatniej. Za możliwością »sterilisatio magna« najbardziej przemawiają, według B.: 1) udatna »sterilisatio« przy gorączce powrotnej, 2) przypadki Miliana i Schreibera zupełnie świeżego zakażenia pierwotnego kiłą u chorych, poprzednio salvarsanem wyleczonych, który to fakt reinfekcyi uważają syfilidologowie za dowód wyleczenia poprzedniego zakażenia kiłowego. Postulatem dla praktyki codziennej, wynikającym z prac Ehrlicha, jest jak najenergiczniejsze leczenie chorych kiłowych równocześnie i salvarsanem i rtęcią celem wygubienia doraźnego wszystkich krętków wywołujących zakażenie.

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 4. stycznia 1911.

Przewodniczący Dr Krusche, sekretarz Dr Tomaszewski.

1) Kol. Tomaszewski przeczytał **sprawozdanie roczne** z działalności Tow. za rok 1910.

Dnia 31 grudnia 1910 r. Towarzystwo liczyło 3 członków honorowych, 17 korespondentów i 102 członków czynnych. (Patrz sprawozdanie za r. 1909). Zawieszono na rok wskutek niepłacenia składek 3 kolegów. W roku sprawozdawczym umarł b. członek Tow. lek. kol. Tumpowski, W poczet członków Tow. przyjęto kol. Garlicką, Łuniewskiego i Lewinsohna.

Zarząd stanowili: Prezes kol. Krusche, wiceprezes Sterling, sekretarz I. Sonnenberg, sekretarz II. Tomaszewski, skarbnik Littauer, bibliotekarz I. Prechner, bibliotekarz II. Wacław Jasiński, sekretarz stały Ksawery Jasiński. Komitety stałe: biblioteczny: M. Cohn, Goldmann, Trenkner. Komisya rewizyjna: Likiernik, Pański i Wisłocki. Członkowie sądu: K. Jasiński, Sterling, Grabowski, Michalski Józef, Pieniążek, zastępca Sonnenberg.

Zarząd Tow. odbył 3 posiedzenia zwyczajne i 1 nadzwyczajne, na których omawiano sprawy, rozpatrywane następnie na posiedzeniach ogólnych Towarzystwa.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 22 posiedzeń; wykładów i rozpraw odczytano 17, dłuższych przemówień 4.

Pod względem treści: I. Z dziedziny dyagnostyki: 1) Kol. Maybaum: O postępach w rozpoznawaniu chorób żołądka. — II. Z dziedziny okulistyki: 2) Kol. Garliński: O badaniu dna ocznego zapomocą przyrządu Bauma. — III. Z chirurgii: 3) Goldmann: O pooperacyjnem zapaleniu ślinianki okołousznej. 4) Perlis: O sztucznem obezkrwieniu dolnej połowy ciała sposobem Momburga. 5) Krusche: O chorobach gruczołu tarczowego i ich leczeniu. 6) Tomaszewski: O wolu u dzieci. 7) Tomaszewski: Sprawozdanie roczne z działalności oddziału chirurg. szpitala Anny-Maryi za r. 1909. — IV. Z dziedziny chorób wewnętrznych: 8) Sterling: O postępach w dziedzinie lecznictwa chorób płuc i serca. 9) Sterling: Z kliniki gruźlicy. — V. Z dziedziny chorób nosa, uszu i gardła. 10) Przedborski: Jakie usługi oddaje wiedzy lekarskiej nowoczesna laryngo-rhino- i otologia. 11) Grabowski: O inhalacyi suchej. — VI. Z psychiatryi i chorób nerwowych: 12) Kopciński: O objektywnem badaniu inteligencyi u umysłowo chorych. 13) Grossglück: Przyczynek do etyologicznego leczenia wiądu rdzenia. — VII. Z pedyatryi: 14) Jasiński Wacław: O drgawkach u dzieci. 15) Lipszyc: Kropla mleka w walce ze śmiertelnością niemowląt. — VIII. Z chemii lekarskiej: 16) Sonnenberg: O t. zw. reakcyi Nylandera na cukier gronowy. — IX. Z rentgenologii: 17) B. Kon: O postępach w dziedzinie rentgenologii.

Oprócz powyższych odczytów były 4 dłuższe przemówienia, mianowicie: Sterling: O Kochu; Pański i Goldmann: O przypadku usuniętego nowotworu rdzenia; Ruegier: O objawie Adam-Stokesa; Przedborski: O faryngoskopie Schumcherta. Chorych pokazano 33, preparatów anatomo-patologicznych 24. W porównaniu z rokiem 1909 o jeden wykład i o jedno przemówienie więcej.

Z działalności Tow. lek. należy podnieść zmiany regulaminu, tyczące się przyjmowania nowych członków, stosowania pewnych obostrzeń względem członków zalegających z opłatą składek, oraz załatwiania spraw administracyjnych Tow. (Patrz I. posiedzenie z r. 1910). Postanowiono uczcić 25-lecie istnienia Towarzystwa przez zwołanie Zjazdu lekarzy prowincyonalnych na Zielone Święta 1911 r. Opracowano regulamin w sprawie ogłoszeń lekarskich, a nadzór nad jego wypełnieniem powierzono Sekretarzowi stałemu. Postanowiono przyjąć udział w Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie i na delegata wybrano kol. Kruschego.

2) Dalej odczytali swe sprawozdania skarbnik i bi-

bliotekarz, potem kol. Klosenberg odczytał sprawozdanie z działalności sekcyi neurologicznej za r. 1910.

3) Po przeczytaniu sprawozdań kol. Jasiński uczcił w przemowie z powodu 25-lecia lekarskiej działalności zasługi kol. Kruschego, jako lekarza, kolegi i członka Towarzystwa, a później kol. Littauerowi, Gajewiczowi, Bomaschowi i Marguliesowi złożył życzenia również z powodu ich 25-letniej działalności lekarskiej.

4) Następnie przystąpiono do wyborów członków Zarządu na rok 1911. Przewodniczącym zebraniu ogólnemu wybrano kol. Pinkusa, który na asesora zaprosił kol. Kolińskiego a na sekretarza kol. Trenknera.

Wybory Zarządu na rok 1911: Prezesem wybrano Kruschego, wiceprezesem Sterlinga, skarbnikiem Trenknera, sekretarzem I. Sonnenberga, sekretarzem II. Tomaszewskiego, bibliotekarzem I. Prechnera, bibliotekarzem II. W. Jasińskiego. Do komisyi bibliotecznej przez aklamacyę wybrano M. Cohna, Goldmanna i Trenknera. Do komisyi rewizyjnej Wisłockiego, Littauera i Pańskiego. W końcu posiedzenia balotowano i przyjęto kol. Czaplickiego, Ruegiera, Łuczyckiego, Sadkowskiego, Tennenbauma, Tennenbaumównę i Kantora.

A. Tomaszewski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

66. Ogólne Zebranie w d. 18. lutego 1911 r.

Przed porządkiem dziennym przedstawił kol. Kossak czterech chorych, leczonych przezeń zapomocą **salvarsanu**. Trzech z nich było już opisanych na jednem z poprzednich posiedzeń. Czwarty J. P., lat 38, przed 7 laty pierwotne zakażenie, leczył się kilkakrotnie w szpitalu św. Kazimierza w Radomiu i u św. Łazarza w Warszawie; wogóle wtarto mu około 300 wcierań rtęciowych. Obecnie skarży się na ból w nogach i brzuchu, ogólne osłabienie. Przedmiotowo stwierdzono: odżywienie słabe, źrenice oddziałują na światło i przystosowanie słabo. Odruchy kolanowe osłabione, a czasami wcale ich niema. Chód prawidłowy; stojąc z zamkniętemi oczami chory chwieje się; bezład (ataxia) górnych kończyn, czucie bólowe zmniejszone, dotykowe również, brak odruchu rogówki i gardła; osłabienie siły mięśniowej. Chory zaznacza, że chodząc po twardej posadzce, ma wrażenie, jakgdyby chodził po dywanie. Prelegent wyraża przypuszczenie, czy to nie jest wiąd części szyjnej rdzenia (tabes cervicalis) w początkowym okresie.

W dyskusyi koledzy wyrażają zdanie, że wiądu niema, lecz że jest to histerya, mianowicie kol. Fidler uważa chorego za histeryka. — Kol. prelegent zaznacza również, że chorego również zna jako histeryka, dopiero w ostatnich czasach pod wpływem skarg chorego i na zasadzie wyraźnie występującego chwilami bezładu ruchów powziął podejrzenie, że to może być także wiąd w początkowym okresie, chociaż obecnie wyraża przypuszczenie, że chory jako histeryk, będąc świadkiem badania chorego na wiąd, zaczął go naśladować i stąd w błąd wprowadził. — Co do chorego tabetyka J. z Kazimierza nad Wisłą zaznacza kol. Chojko, że go zna oddawna jako nałogowego pijaka; pozatem kol. Chojko podejrzywa, czy tu nie działa sugestya, gdyż jest to człowiek względnie inteligentny. W każdym razie oświadcza się mowca za powtórnem zbadaniem. — Kol. Raszkes zaznacza, że chorego tego nie można uważać za sugestyonowanego. Przeciwnie chory ten nie chciał poddać się wstrzyknięciu »606«, potem żałował, że mu środek ten wstrzyknięto, a jednak polepszenie było widoczne, mianowicie poprawa apetytu, stanu przedmiotowego, ogólne wzmocnienie. — Kol. Cung uważa przypadek ten za »taboparalysis«, za początek prawdziwego wiądu. — Kol. Kossak zaznacza, że chory ten nie chciał pozwolić sobie wstrzyknąć »606«, dopiero po 2 dniach zgodził się. Przed »606« nic nie jadał, wymiotował, był osłabiony i wymorzony. Prawda, że obecnie czuje się »gorzej«, ale to »gorzej« jest »lepiej«, niż było przed wstrzyknięciem. — Kol. Fidler zaznacza, że przypadek ten kwadruje z wieloma innymi: wszyscy chorzy tracą bóle, następuje ogólne polepszenie; czy to była sugestya, czy nie, to nic nie dowodzi, jak również i to, czy chory nie chciał, czy chciał poddać się wstrzyknięciu. — Kol. Cung co do ostatniego chorego uważa przypadek ten za zapalenie wielu nerwów (polyneuritis); sprawa zapalna minęła, stąd poprawa. — Kol. Chojko zaznacza, że brak odruchu kolanowego może zdarzyć się i u histeryka.

I. Na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Przychodzki.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

III. Kol. sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1910, które brzmi:

»Na początku 1910 r., 8-go swego istnienia, Towarzystwa liczyło 45 członków, w tem 2 członków honorowych, 2 korespondentów i 41 członków rzeczywistych; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło: wskutek śmierci 2, z powodu wyjazdu 2, na własną prośbę 1, razem 5; że zaś w ciągu roku przyjęto 8 (2 honorowych i 6 rzeczywistych), przeto z dniem 1. I. 1911 roku Towarzystwo liczyło 48 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 42 rzeczywistych. W myśl § 12 statutu ustąpili na początku roku sprawozdawczego z powodu ukończenia kadencyi: członek Zarządu kol. Pełczyński i członek Zarządu skarbnik kol. Szczepaniak. Wybory nowych członków Zarządu odbyły się 5. III., przyczem koledzy Pełczyński i Szczepaniak zostali wybrani ponownie. Po wybalotowaniu w myśl tegoż statutu członka Komisyi rewizyjnej prow. farmacyi Juliana Kasprzykowskiego tenże został dnia 30. IV. wybrany ponownie. Na miejsce członków Zarządu z powodu wyjazdu kol. Rogozińskiego i śmierci ś. p. kol. Cennère'a zostali wybrani dnia 30. IV. na członka Zarządu kol. Józef Kossak i na członka Zarządu i sekretarza kol. Tadeusz Rakowski. W roku sprawozdawczym odbyło się 8 zebrań ogólnych, a mianowicie; 5. III., 30. IV., 21. V., 18. VI., 17. IX., 15. X., 26. XI. i 17. XII. Na każdem posiedzeniu bywało średnio 15 członków, co stanowi 37% ogólnej liczby uczestników, nadto wprowadzono 7 gości. Na zebraniach tych wygłoszono 7 odczytów, oraz przedstawiano 7 pokazów. Co do treści były 2 odczyty z dziedziny chorób wewnętrznych, 2 z dziedziny chorób kobiecych, jeden z dziedziny chorób wenerycznych, jeden z dziedziny chorób zakaźnych i jeden z higieny. Odczyty były następujące: I. 30. IV. kol. Raszkes (z pokazem chorych, operowanych z wynikiem pomyślnym): a) pelveoperitonitis purulenta, b) cystis ovarii sin. myxomatosa, c) graviditas extrauterina tub. dextra, d) graviditas extrauterina interstitialis, e) graviditas extrauterina et haemotocele retrouterina. II. 26. XI. kol. Raszkes: Mięśniaki i ciąża według prof. Landau. III. 17. IX. kol. Fidler i Kossak: Przyczynek do epidemiologii i charakterystyki duru brzusznego. IV. 15. X. kol. Fidler: O chemioterapii. V. kol. Szczepaniak (tegoż dnia): Ruch chorych zakaźnych w Radomiu za sierpień i wrzesień 1910 r. VI. 17. IX. kol. Raszkes: O nowym przetworze Ehrlicha-Haty »606« i VII. lek. wet Józef Wojczyński 17. XII.: Wyniki badania bakteryologicznego wód studziennych m. Radomia i wpływ rozczynów o różnem stężeniu kwaśnego siarczanu sodu (natr. bisulfuricum) na bakterye cholery, duru i inne, przebywające w wodzie (z pokazem preparatów). Prócz tego kol. Fuksiewicz przedstawił 17. IX. chorego z objawami przymiotu: kłykcinami w gardle i rozpadłym kilakiem na goleni, leczonego pomyślnie zapomocą »606«. Wreszcie na każdem prawie zebraniu ogólnem rozpatrywano projekt organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej.

W ciągu roku sprawozdawczego wzięło Towarzystwo udział w jubileuszu 25-lecia pracy lekarskiej i obywatelskiej kol. Henryka Fidlera w Zjeździe chirurgów polskich

w Warszawie, w jubileuszu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarskiego w Kremieńczugu oraz w obchodach, jubileuszowych kol. Dobrzyckiego, prof. Pareńskiego, prof. Cybulskiego. Prof. Cybulskiego i Rydygiera dnia 17. XII. zaliczono w poczet członków honorowych i zajęto się zredagowaniem odpowiednich dyplomów. Sekretaryat Towarzystwa odezw otrzymał 37, wysłał 123. Zarząd Towarzystwa zbierał się 8 razy, na posiedzeniach tych rozpatrywano wszystkie sprawy, wnoszone potem na zebrania ogólne. Posiedzenia Zarządu odbywały się w lokalu własnym przy placu Soborowym l. 1, zebrania zaś ogólne w lokalu Kasy przemysłowców radomskich; za użyczenie tego lokalu Zarząd Towarzystwa składa Zarządowi Kasy przemysłowców serdeczne podziękowanie.

W ciągu roku sprawozdawczego utraciło Towarzystwo dwóch kolegów: ś. p. kol. Wacława Cennère'a i ś. p. kol. Jana Głogowskiego.

Ś. p. Wacław Cennère urodził się w Radomiu w r. 1869, tutaj uczęszczał do gimnazyum, po którego ukończeniu w r. 1887 wstąpił na wydział lekarski w Warszawie. W r. 1894 wprost z ławy uniwersyteckiej zamieszkał w Radomiu, gdzie zajmował się głównie pracownią analityczną, a położył wielkie zasługi jako jeden z założycieli i sekretarz radomskiego Towarzystwa lekarskiego i jako sekretarz radomskiego Towarzystwa Dobroczynności Był to człowiek zacny, kolega wzorowy, pracownik niezastąpiony. Radomskie Towarzystwo lekarskie uczciło pamięć zmarłego na Zebraniu 30. IV. 1910 przez powstanie i zawieszenie jego portretu w sali posiedzeń Zarządu.

S. p. kol. Jan Głogowski urodził się w r. 1854, medycynę studyował w Warszawie. Po ukończeniu studyów w r. 1880 został mianowany lekarzem miasta Ostrowca, na którem to stanowisku pozostawał aż do śmierci w r. 1910. Zmarły był dzielnym lekarzem praktykiem i dobrym obywatelem kraju. Miasto Ostrowiec dużo zawdzięcza jego inicyatywie. Umierając, znaczny fundusz zapisał na utworzenie szkoły miejskiej w Ostrowcu. Radomskie Towarzystwo lekarskie uczciło pamięć zmarłego na Zebraniu 30. IV. 1910 roku podniosłą mową, wygłoszoną przez prezesa oraz powstaniem z miejsc.

IV. Kol. Bibliotekarz odczytał sprawozdanie za r. 1910, które brzmi:

»Biblioteka Towarzystwa w ciągu roku ubiegłego powiększyła się o 5 dzieł, zakupionych przez zarząd za 16 rb. 65 kop. W dniu 1. stycznia 1911 r. biblioteka zawierała dzieł 1082 w 1260 tomach wartości 1066 rb. Oprócz wyżej wymienionych biblioteka powiększyła się jeszcze o sto kilkadziesiąt tomów, pozostałych po zmarłych kolegach Pomperze i Cennere, których jednak z powodu braku funduszów na oprawę ich i na zakupienie nowej szafy na pomieszczenie dotąd nie skatalogowano. Czasopism prenumerowano 19, a mianowicie: Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Przegląd higieniczny, Przegląd pedyatryczny, Zdrowie, Gruźlica, Medycyna współczesna, Farmacya, Ruskij Wracz, Wraczebnaja Gazeta, Prakticzeskaja medycyna, Münchener med. Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Schmidt's Jahrbücher, La semaine médicale, La revue de médecine; dwa z nich, mianowicie Medycyna współczesna i Gruźlica przestały wychodzić. Na r. 1911 oprócz wyżej wymienionych zaprenumerowano: Neurologię polską i Miesięcznik terapeutyczny. Na prenumeratę czasopism wydano 131 rb. Roczników czasopism oprawnych biblioteka posiada 252. Redakcya Medycyny i Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wydawnictwa swoje przesyłały bibliotece bezinteresownie. Oprócz tego ofiarodawcami jeszcze byli koledzy: Fidler, Tanfilijew i Wołyński. Z powodu braku funduszów w r. ubiegłym książek do oprawy nie dawano. Na powtórne zakupienie zagubionych pojedynczych numerów czasopism wydano 5 rb. 50 kop.«.

V. Kol skarbnik odczytał sprawozdanie następujące: »A. Dochód: 1) Remanent z r. 1909 69·57 rb. 2) Wpisowe 18 rb. 3) Składki zaległe 114 rb. 4) Składki bieżące 378 rb. 5) Za odnajem pokoju Tow. krajoznawcz. 30 rb. 6) Wpływy nadzwyczajne 22 rb. Razem dochód 631·57 rb. B. Rozchód: 1) Lokal 180 rb. 2) Opał 27 rb. 3) Swiatło 6·76 rb. 4) Pensya woźnego 120 rb. 5) Służba na Zebraniu ogólnem 8 rb. 6) Prenumerata czasopism 131 rb. 7) Kupno książek 16·65 rb. 8) Kancelarya 34·66 rb. 9) Nadzwyczajne 20·13 kop. Razem rozchód 544·20 rb. C) Remanent na r. 1911 87·37 rb.

VI. Sprawozdanie komisyi rewizyjnej: Po sprawdzeniu książek dochodu i rozchodu za r. 1910 komisya znalazła takowe w należytym porządku. Bibliotekę po sprawdzeniu z katalogiem znaleźliśmy w należytym porządku.

VII. Kol. przewodniczący, zaprosiwszy na prowadzącego protokół kol. Tadeusza Rakowskiego i na skrutatorów kol. Chojkę i Raszkesa, zarządził wybory na prezesa, wiceprezesa, bibliotekarza i członka komisyi rewizyjnej. Po odebraniu i przeliczeniu głosów okazało się, że prezesem został wybrany kol. Henryk Fidler, wiceprezesem kol. Franciszek Kosicki, bibliotekarzem kol. Józefat Kondratowicz, a członkiem komisyi rewizyjnej kol. Feliks Bijejko, wszyscy ponownie.

VIII. Kol. Raszkes odczytał rzecz: **O kamieniach w cewce moczowej u kobiet.** Autor omawia przedewszystkiem pochodzenie, rozpoznanie i leczenie tego cierpienia, poczem przytacza swój przypadek. Chora, lat 72, cierpi od roku na bole i trudności przy oddawaniu moczu. Leczono ją bez skutku środkami wewnętrznymi. Autor cewnikiem kobiecym stwierdził kamień, który prawie całkowicie zamykał światło cewki moczowej. Po przecięciu cewki moczowej na przestrzeni 3 centymetrów usunięto kamień formy prawie sześciennej, mający w obwodzie $6^1/_2$ cm. Cewkę zeszyto czterema szwami. Zupełne wyleczenie.

W dyskusyi zaznacza kol. Chojko, że przypadek podobny opisał kol. Trepka przed 25 laty z Solca nad Wisłą.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Towarzystwo lekarzy gubernii Kieleckiej.

Sprawozdanie z działalności za drugie półrocze roku 1910.

W miesiącu lipcu i sierpniu Towarzystwo posiedzeń nie odbywało, z powodu letnich feryi. Posiedzenie wrześniowe nie odbyło się z powodu niedostatecznej liczby członków (obecnych 6 członków).

Posiedzenie z d. 15 października 1910 r.

Obecnych 7 członków. Przewodniczy kol. Daszewski. Po odczytaniu protokółu, kol. Ryttel przedstawił **fotografię rentgenowską** chorego **z raną postrzałową jamy brzusznej** i podał w krótkich słowach charakter, przebieg i niektóre dane statystyczne o jamach postrzałowych jamy brzusznej; następnie przedstawił guz (**melanosarcoma**) usunięty drogą operacyi z górnej części biodra, oraz kilka historyi chorób z praktyki prywatnej.

Posiedzenie z d. 19 listopada 1910 r.

Obecnych 5 członków. Przewodniczy kol. Czaplicki. Na posiedzeniu tem omawiano sprawę wyborów nowych członków Zarządu oraz inne sprawy Towarzystwa.

Posiedzenie z d 19 grudnia 1910 r.

Obecnych 10 członków. Prezyduje kol. Czaplicki. Po odczytaniu protokółu posiedzenia poprzedniego, kol. Szenk przedstawił 13 letniego chłopca z praktyki szpitalnej z olbrzymim guzem w lewem podżebrzu. Przy dyskusyi

większość kolegów oświadczyła się za zimniczem pochodzeniem guza, kol. Steczkiewicz przypuszczał kiłę. — W dalszym ciągu odczytano odezwę komitetu organizacyjnego I-go Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi. Wybrany został podkomitet Zjazdowy z 3 członków: kol. Szenka, Heina i Lewinsona. Sekretarz: A. Kopczyński.

Sprawozdanie roczne z działalności za rok 1910

Na początku roku 1910 Towarzystwo liczyło 26 członków rzeczywistych; w ciągu roku sprawozdawczego przybył jeden, zapisując się na członka korespondenta, — przeto z d. 15 stycznia 1910 r., Towarzystwo liczyło 27 członków, w tej liczbie 3 członków korespondentów. W myśl § 1 Ustawy z roku 1904 z powodu ukończenia 3-letniej kadencyi ustąpili sekretarz kol. Rytel i skarbnik kol. Jedlicki, oraz członkowie komisyi rewizyjnej: kol. Stadnicki, kol. Piotr Jankowski i prow. farm. Krzanowski. Wybory na miejsce ustępujących członków odbyły się w d. 15 stycznia 1910 r. Wybrani zostali: na sekretarza — kol. Kopczyński, na skarbnika — ponownie kol. Jedlicki, członkowie komisyi rewizyjnej zostali ponownie wybrani ciż sami. W roku sprawozdawczym skład zarządu Towarzystwa, wybranego na ogólnem zebraniu w d. 15 stycznia 1910 r., był następujący: prezes — kol. A. Czaplicki; wice-prezes — kol. J. Daszewski; sekretarz — kol. A. Kopczyński; skarbnik — kol. Z. Jedlicki; bibliotekarz — kol. Kosieradzki; członkowie zarządu: kol. M. Zawadzki i kol. Br. Laskowski; komisya rewizyjna — kol. Piotr Jankowski, kol. Stadnicki i prow. farm. Krzanowski. W ciągu roku ubiegłego odbyło się zamiast 10 posiedzeń tylko 7 posiedzeń zwyczajnych i jedno nadzwyczajne w d. 15 stycznia 1910 r. Zebrania w lipcu i sierpniu nie odbywały się z powodu letnich feryi; w czerwcu zaś i we wrześniu, z powodu małej liczby członków. Zarząd posiedzeń w roku sprawozdawczym nie odbywał. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 8 członków, co stanowi zaledwie 30% ogólnej liczby członków. Największa liczba obecnych wynosiła 11, najmniejsza 3. Na posiedzeniach powyższych wygłoszono: 3 odczyty (z demonstracyą chorych), 2 referaty, przedstawiono 3 pokazy. Odczyty w roku sprawozdawczym wypowiedzieli: 1) kol. Kozieradzki i kol. Daszewski: »Patologia źrenicy w cierpieniach narządów wewnętrznych i nerwowych«, 2) kol. Szenk: »Tumor lienis«. 3) Kol. Ryttel: »Rany postrzałowe jamy brzusznej«. 4) Kol. Kopczyński: »Lues cerebri«. 5) Kol. Lewinson: »Przypadek histeryi z krwawieniem z oczów i z uszów«. Oprócz tego następujący koledzy przedstawiali chorych z praktyki szpitalnej i podawali krótkie streszczenia z przypadków praktyki prywatnej. 1) Kol. Ryttel przedstawił chorą po dokonanej laparotomii z powodu mięśniaka macicy. 2) Kol. Ryttel przedstawił mięsaka barwikowego, usuniętego drogą operacyi u chorego z lewego biodra oraz ciało obce, usunięte z dołu pachowego, 3) Kol. Ryttel przedstawił fotografię rentgenowską chorego z raną postrzałową jamy brzusznej i podał 4 przypadki wydobycia ciała obcego z przełyku u dzieci. 4) Kol. Kopczyński przedstawił chorą z guzem jamy brzusznej. Sekretarz: Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 15. III. b. r. posiedzenie, na którem prof. Wicherkiewicz przedstawił chorych z kliniki okulistycznej, leczonych salvarsanem, poczem odbył się zapowiedziany wykład prof. Bujwida i I. część wykładu inż Borkowskiego.

— Prof. Dr Kostanecki mianowany został członkiem honorowym »Spolku lekařu českych« w Pradze.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Dr J. Baschkopfowi w Krakowie za ofiarowane bibliotece roczniki czasopism lekarskich. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Z odsetek państwowego funduszu przeciwgruźliczego, wynoszących z końcem r. 1910 866·31 k. przyznano m. i. stałą subwencyę galicyjskiemu Towarzystwu walki z gruźlicą po 6000 k. rocznie, a jednorazowy zasiłek 2000 k., »Bratniej Pomocy« w Zakopanem zaś jednorazowo 1000 k.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. III. do 11. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 16 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 15 † 1 (2 † 1), odry 10 † 1 (2 † —), róży 3 † 2 (1 † 1), kuru. Dr Janiszewski.

Warszawa. Polskie Towarzystwo okulistyczne, istniejące w Warszawie od r. 1908, liczy 40 członków. Na r. 1911 wybrani zostali: prezesem Dr Ziemiński, wiceprezesem Dr Gepner, sekretarzem i skarbnikiem Dr Paradowski. Posiedzenia Towarzystwa odbywają się raz na miesiąc. (Gaz. lek. 10).

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Komitet, rozporządzający funduszem imienia Dr Alfreda Sokołowskiego na wydawnictwa popularne, ogłasza niniejszem konkurs na napisanie rozprawy na temat: »Higiena zagrody wiejskiej i najodpowiedniejsze typy mieszkań służby folwarcznej«. Warunki konkursu są następujące: Rozprawa winna zawierać dokładny opis zagrody wiejskiej (chata, zabudowania gospodarskie, studnia, gnojówka, ustęp, ogródek i t. d.) wraz z planem sytuacyjnym, rozkładem wewnętrznym izb, z uwzględnieniem urządzenia wewnętrznego izb, materyału budowlanego i t. d. Projekt winien jednoczyć wymogi potrzeb życiowych i gospodarczych wieśniaka z wymaganiami higieny. Praca ma obejmować od 4 do 5 arkuszy druku zwykłej 8°, a zaopatrzona być winna w odpowiednie schematyczne rysunki. Autor pracy, uznanej przez sąd konkursowy za najlepszą, otrzyma 150 rb. nagrody. Termin nadsyłania prac na ręce redaktora »Zdrowia« (Warszawa, ul. Zielna Nr 13, Dr J. Jaworski), upływa z dniem 1. października r. b. t. j. 1911. Praca nagrodzona staje się własnością Komitetu, któremu przysługuje prawo wydania jej swoim kosztem i rozpowszechniania. Prace winny być zaopatrzone godłem, a nazwiska autorów nadesłane w zamkniętych kopertach«.

Z różnych stron. Porządek dzienny XIII. posiedzenia Wydziału lekarskiego »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 25. II. (3. III.) r. b. obejmował następujące wykłady: 1) Dr Zdanowicz: W sprawie autoseroterapii przy wodniaku (hydrocele). 2) Prof. Dr Ziemacki: Przypadek gruźlicy nerki i moczowodu (nephrectomia). W dyskusyach przemawiali: prof. Ziemacki, Zaleski, Dr Zboromirski, Karnicki, O. Czeczott, Biron, Uliński.

— Dr O. Czeczott w Petersburgu odznaczony został orderem św. Anny I. kl.

— Statystykę śmierci z raka w Bawaryi z roku 1909 zebrał Theilhaber i wysnuł z niej ciekawe wnioski, a mianowicie: 1) Rak kiszki stolcowej nagabuje bardzo często urzędników (»Staatshämorrhoidarier«), potem służbę domową i kowali. 2) Rak żołądka jest przeważnie cierpieniem ludności ubogiej, zwłaszcza wieśniaków, tkaczy i żebraków. 3) Raka twarzy spotyka się głównie u osób pracujących i przebywających na świeżem powietrzu. 4) Co do raka żołądka, to nie jest prawdą mniemanie, że kultura i życie nowoczesne zwiększa liczbę schorzeń, albowiem występuje on właśnie najczęściej u starych wieśniaków. X.

— Przeciwko wykonywaniu rozbiorów moczu i wydalin przez aptekarzy wystąpił niedawno Vogt, twierdząc, że aptekarze nie mają po temu odpowiednich wiadomości (zwłaszcza co do badań drobnowidowych), a publiczność przyzwyczaja się przez to do omijania lekarza, gdyż nieraz aptekarz w rozbiorze wdaje się w rozpoznanie choroby, a nawet leczy chorych według swego rozpoznania »z moczu«. X.

— Z funduszów im. Hufelanda rozdano w Niemczech w r. 1910 następujące zapomogi: 21 lekarzom 9478 marek, a 172 wdowom po lekarzach 22.410 marek (fundusze te powstają drogą składek). Z fundacyi Gobureka wypłacono zaś 50 sierotom po lekarzach 5550 marek.

— Według podjętych niedawno badań są stosunki zdrowotne dozorczyń chorych w Niemczech bardzo złe. 95% sióstr może najwyżej pozostać przy swych obowiązkach do lat 10, a 70% już w 30 roku życia jest wyczerpanych pracą. Prócz ciężkiej pracy wchodzą tu w rachubę: złe odżywianie się, zbyt młody wiek, jak na tak ciężki zawód, i czasem zanadto wielka asceza. X.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie lwowskiego Towarzystwa ratunkowego z czynności za rok 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. 1911. Zeszyt III. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 4 Mk., za cały rocznik 16 Mk.

Marcowy zeszyt »Kursów«, obejmujący choroby trawienia, wymiany materyi i krwi, ma w tym roku znacznie większą objętość, niż w zeszłym, mianowicie 8 arkuszy druku, a mieści dwie rozprawy Prof. Fleinera »Fizyologia trawienia jelitowego« i »Bakterye w przewodzie pokarmowym«, artykuł Dr Michauda i Prof. Lüthjego »Rozwój nauki o wydzielaniu wewnętrznem i znaczenie jej dla organoterapii«, wreszcie pracę Prof. Ericha Meyera z zakresu chorób krwi. Prof. Fleiner omawia w pierwszej swej rozprawie trawienie w jelicie cienkiem, wessanie w jelicie, ruchy jelita i badanie kału, a w drugiej — znaczenie bakteryi dla odżywienia, działanie bakteryi na pokarmy i urządzenia ochronne ustroju przeciw bakteryom, zawartym w pokarmach. Dr Michaud i Prof. Lüthje podzielili swą rozprawę na następujące rozdziały: gruczoł tarczowy i gruczoły przytarczyczne, przysadka mózgowa, układ chromochłonny (nadnercza), nerka, trzustka, korelacya narządów o wydzielaniu wewnętrznem. X.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.